

UNIVERSIDAD SAN PEDRO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Enfermería



Apoyo familiar y prácticas de autocuidado del paciente adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017

Tesis para obtener el título profesional de licenciado en enfermería

Autor:

Reto Garcia, Jayro Yair

Asesora:

Dra. Arrestegui Alcántara, Juana Elsy

Sullana, Perú

2017

Palabras claves:

Español

Tema:	Apoyo familiar prácticas de autocuidado adulto mayor Diabetes Mellitus tipo 2
Especialidad	Enfermería

English

Theme	Family support self-care practices Elderly Diabetes mellitus type 2
Specialty	Nursing

Línea de investigación

Salud Pública

Sub línea de investigación

Desarrollo de estrategias de prevención y promoción de la salud en las diferentes etapas del ciclo vital

Apoyo familiar y prácticas de autocuidado del paciente adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017

DERECHO DE AUTOR

Se reserva esta propiedad intelectual y la información de los derechos de la autora en el **DECRETO LEGISLATIVO 822** de la República del Perú. El presente informe no puede ser reproducido ya sea para venta o publicaciones comerciales, sólo puede ser usado total o parcialmente por la Universidad San Pedro para fines didácticos. Cualquier uso para fines diferentes debe tener antes nuestra autorización correspondiente.

La Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad San Pedro ha tomado las **precauciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación.**

Atentamente.

Bach. Enf. Reto Garcia Jayro Yair

PRESENTACIÓN

En el desarrollo de las actividades académicas para la formación profesional de los estudiantes de la carrera Profesional de Enfermería, se encuentra la de realizar trabajos de investigación a nivel de pre grado con el propósito de obtener el título Profesional, en tal sentido, ponemos a disposición de todos los miembros de la comunidad universitaria y extrauniversitaria el presente informe de investigación titulado: **Apoyo familiar y prácticas de autocuidado del paciente adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.** El presente informe de investigación cumple con los requisitos exigidos por el reglamento de grados y títulos de la facultad de ciencias de la salud de la Universidad San Pedro.

En este informe, en la primera parte de Introducción se muestra los antecedentes relacionados con las variables de estudio, base científica, justificación, planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos, definición y operacionalización de las variables; en el segunda parte de metodología se expone el tipo y método de investigación, área de estudio, población, muestra, técnica e instrumento, plan de recolección de datos, plan de procesamiento; en la tercera parte de resultados, se expone los resultados tabulados estadísticamente y agrupados en tablas simples y de doble entrada, en la cuarta parte de Análisis y discusión, se expone el análisis e interpretación de datos con los antecedentes considerados, en la quinta parte corresponde a conclusiones y recomendaciones y por último se presenta las referencias bibliográficas y anexos correspondientes.

INDICE

PALABRAS CLAVES	ii
TITULO	iii
DERECHO DE AUTORIA	iv
PRESENTACION	v
INDICE	vi
TABLAS	vii
GRAFICOS	ix
RESUMEN	
ABSTRAC	
1. INTRODUCCION	1-24
2. METODOLOGIA	25-28
3. RESULTADOS	29-46
4. ANALISIS Y DISCUSION	47-48
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	49
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	52-53
ANEXOS	54-64

INDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N° 01: Edad del familiar acompañante del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.	29
TABLA N°02: Sexo del familiar acompañante del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.	30
TABLA N° 03 Grado de instrucción del familiar acompañante del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.	31
TABLA N° 04 Grado de parentesco del familiar acompañante del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.	32
TABLA N° 05 Apoyo familiar del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.	33
TABLA N° 06 Apoyo familiar según dimensiones del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.	34
TABLA N° 07 Edad de los adultos mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.	35
TABLA N° 08 Sexo de los adultos mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.	36
TABLA N° 09 Grado de instrucción de los adultos mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.	37

TABLA N° 10	Prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.	38
TABLA N° 11	Prácticas de autocuidado según Dimensiones, del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.	39
TABLA N° 12	Prácticas de autocuidado según Dimensión: control médico, del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.	40
TABLA N° 13	Prácticas de autocuidado según Dimensión: dieta, del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.	41
TABLA N° 14	Prácticas de autocuidado según Dimensión: ejercicios, del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.	42
TABLA N° 15	Prácticas de autocuidado según Dimensión: cuidado de los pies, del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.	43
TABLA N° 16	Prácticas de autocuidado según Dimensión: control oftalmológico, del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.	44
TABLA N° 17	Apoyo familiar asociado a las prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.	45

INDICE DE GRAFICOS

	Pág.
GRAFICO N° 01: Edad del familiar acompañante del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.	29
GRAFICO N° 02: Sexo del familiar acompañante del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.	30
GRAFICO N° 03: Grado de instrucción del familiar acompañante del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.	31
GRAFICO N° 04: Grado de parentesco del familiar acompañante del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.	32
GRAFICO N° 05: Apoyo familiar del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.	33
GRAFICO N° 06: Apoyo familiar según dimensiones del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.	34
GRAFICO N° 07: Edad de los adultos mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.	35
GRAFICO N° 08: Sexo de los adultos mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.	36
GRAFICO N° 09: Grado de instrucción de los adultos mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.	37

GRAFICO N° 10	Prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.	38
GRAFICO N° 11	Prácticas de autocuidado según Dimensiones, del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.	39
GRAFICO N° 12	Prácticas de autocuidado según Dimensión: control médico, del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.	40
GRAFICO N° 13	Prácticas de autocuidado según Dimensión: dieta, del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.	41
GRAFICO N° 14	Prácticas de autocuidado según Dimensión: ejercicios, del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.	42
GRAFICO N° 15	Prácticas de autocuidado según Dimensión: cuidado de los pies, del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.	43
GRAFICO N° 16	Prácticas de autocuidado según Dimensión: control oftalmológico, del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.	44
GRAFICO N° 17	Apoyo familiar asociado a las prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.	46

RESUMEN

La presente investigación se realizó, con el **Objetivo** Determinar Apoyo familiar y prácticas de autocuidado del paciente adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017. **Material y Métodos:** El presente trabajo de investigación estuvo guiado bajo el enfoque cuantitativo, dentro del cual tiene un carácter descriptivo y de corte transversal, la muestra estuvo compuesta por 40 paciente. **Criterios de inclusión:** Pacientes adultos mayores que aceptan participar del estudio previo consentimiento informado, adultos mayores diagnosticados con diabetes mellitus tipo, familiares de los adultos mayores que aceptan participar del estudio previo consentimiento informado, familiares que estén al cuidado continuo del paciente en el hogar. El instrumento de recolección de datos fue diseñado, validado y utilizado por Valdez y para evaluar el autocuidado del paciente diabético tipo 2 este test elaborado por Fernández, y adaptado por el autor del presente estudio. Los datos fueron procesados con el programa estadístico SPSS versión 20. **Resultados:** El nivel de apoyo familiar, el 67,5% adecuado y el 32,5% inadecuado. Según dimensiones: Para informacional el 92,5% es inadecuado y el 7,5% adecuado. Para instrumental el 85% adecuado y el 15% inadecuada. Las características de los adultos mayores en estudio, la edad oscila entre 80 a 60 años, la mayoría de sexo femenino, con primaria. Las prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus, catalogado como bueno el 62,5%, regular el 30% y deficiente el 7,5%. Según dimensiones: Para control médico, el 67,5% bueno. Dieta, el 50% bueno. Ejercicio, el 50% regular. Cuidado de los pies, el 75% bueno. Control oftalmológico el 52,2% regular. **Conclusiones:** Los resultados muestran que el autocuidado del adulto mayor se relaciona significativamente con grado de apoyo familiar.

Palabras claves: Apoyo familiar - Practicas de autocuidado - Adulto mayor - Diabetes mellitus tipo 2

ABSTRACT

The present investigation was carried out, with the objective to determine family support and self-care practices of the elderly adult patient with type 2 diabetes mellitus attended in the outpatient clinic of Hospital II-2 Sullana, august-november 2017. Material and Methods: The present work of research was guided under the quantitative approach, within which it has a descriptive and cross-sectional nature, the sample was composed of 40 patients. Inclusion criteria: Elderly patients who agree to participate in the study prior informed consent, older adults diagnosed with type diabetes mellitus, relatives of older adults who agree to participate in the study with prior informed consent, relatives who are in the care of the patient at home. The data collection instrument was designed, validated and used by Valdez and to evaluate the self-care of the type 2 diabetic patient this test prepared by Fernández, and adapted by the author of the present study. The data were processed with the statistical program SPSS version 20. The level of family support, 67.5% adequate and 32.5% inadequate. According to dimensions: For informational 92.5% is inadequate and 7.5% adequate. For instruments 85% adequate and 15% inadequate. The characteristics of older adults under study, age ranges from 80 to 60 years, mostly female, with primary. The self-care practices of the elderly with diabetes mellitus, classified as good 62.5%, regular 30% and deficient 7.5%. According to dimensions: For medical control, 67.5% good. Diet, 50% good. Exercise, 50% regular. Foot care, 75% good. Ophthalmological control 52.2% regular. .Conclusions: The results show that the self-care of the elderly is significantly related to the degree of family support.

Keywords: Family support- self-care practices-Elderly-Diabetes mellitus type 2.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.

1.1.1 Antecedentes

Esquivel, E.; Doreyda, K. y Padilla, G. (2015) *Autocuidado del adulto mayor y su relación con el apoyo familiar. Centro de Salud Salaverry*. El presente estudio descriptivo correlacional de corte transversal se realizó con la finalidad de determinar la relación que existe entre el autocuidado del adulto mayor con el apoyo familiar. Participaron 94 adultos mayores que acudieron al Centro de Salud Salaverry durante los meses de mayo a julio del 2015 a quienes se le aplicó: el test de CYPAC-AM (Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor) y la Escala de Apoyo familiar, encontrándose los siguientes resultados: El autocuidado del adulto mayor atendido en el centro de Salud de Salaverry fue adecuado en un 54.3% e inadecuado en un 45.7% El grado de apoyo familiar del adulto mayor fue alto en un 13.8%, moderado en un 80.9% y bajo en un 5.3%. Los resultados muestran que el autocuidado del adulto mayor se relaciona significativamente con grado de apoyo familiar. Lo que se demuestra con la prueba de Chi cuadrado, con un nivel de significancia en $P < 0.05$.

Castro, L. et al. (2014) *Grado de apoyo familiar y nivel de autoestima del adulto mayor en el Hospital Walter Cruz Vilca, centro poblado Miramar*, al estudiar 50 Adultos Mayores que pertenecen al programa del Adulto Mayor; encontraron que respecto al grado de apoyo familiar en el 56% de adultos mayores fue alto, en el 24% fue moderado y en el 20% bajo.

Millán, I. (2010): *Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad*, con el objetivo de evaluar la capacidad y percepción de autocuidado del Adulto Mayor en la comunidad. Los resultados arrojaron que el 50,5% de los hombres y el 43,3% de las mujeres no se cuidan adecuadamente, existe un déficit de autocuidado cognoscitivo-perceptivo en el 46,7%, un 9,8% tienen déficit parcial y 5,6% déficit total. De los 121 pacientes

cuyo nivel de autocuidado es inadecuado el 75,2% son independientes y el 63,6% perciben su estado de salud aparentemente sano.

Arias, B. y Ramírez, S. (2013) *Apoyo familiar y las prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 zona urbana, Distrito de Pachacamac*. Según la Organización Mundial de la Salud la diabetes de tipo 2, representa el 90% de los casos mundiales, reviste especial importancia no sólo por constituir las primeras causas de morbilidad, sino por las dificultades que enfrenta el paciente para llevar a cabo su tratamiento, control y prevención de complicaciones. Es así que se hace necesario un adecuado apoyo familiar para la contribución en las prácticas de autocuidado. Objetivo: Determinar la relación del apoyo familiar y las prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 zona urbana, distrito de Pachacámac – 2013. Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional en una población muestral de 48 adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 y 48 familiares cuidadores. Adultos mayores se encuentran registrados en el Consultorio Médico Parroquial Padre Rogelio García Fernández de la zona urbana distrito de Pachacámac, muestreo no probabilístico por conveniencia bajo los criterios de inclusión y exclusión. Para la recolección de datos se utilizó dos instrumentos, la técnica será para ambos fue la encuesta. Un instrumento para evaluar el apoyo familiar y el otro para evaluar el autocuidado. La confiabilidad del instrumento se logró mediante una muestra piloto seleccionando a la unidad de análisis con características similares a la muestra del estudio. Resultados: De los 48 familiares cuidadores 45,8% tienen más de 60 años de edad, 70,8% sexo femenino siendo la hija la que prevalece en el cuidado. De los 48 adultos mayores 60,4% tienen entre 60 a 69 años, 60,4% son de sexo femenino. El apoyo familiar es adecuado en el 64,6%. Según dimensiones predominó el apoyo instrumental con 66,7%. Las prácticas de autocuidado son regulares en 52,1%. Según dimensiones resultaron regulares en control médico, dieta, ejercicios, cuidado de los pies y control oftalmológico. Conclusiones: Se encontró dominio del sexo femenino tanto en el familiar cuidador y el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2. Se identificó que el familiar cuidador es la hija. El apoyo familiar resultó adecuado con ventaja en el apoyo instrumental. En cuanto a las prácticas de autocuidado resultaron regulares y según dimensiones regulares en el

control médico, cuidado de los pies, dieta, ejercicios y control oftalmológico. Estas variables no se encuentran relacionadas, son independientes entre sí.

Compeán, L. et al. (2010) *Conductas de Autocuidado e Indicadores de salud en Adultos con diabetes Mellitus tipo 2*. Objetivo: Analizar las conductas de autocuidado y su relación con indicadores de salud, representados por el control de la glucemia, perfil de lípidos, IMC, circunferencia de cintura y porcentaje de grasa corporal. Material y Método: estudio descriptivo y correlacional, en una muestra aleatoria de 98 adultos registrados en una clínica de primer nivel de atención en una zona urbana de Nuevo León México. Resultados: El 74,5% de los participantes fueron mujeres. El autocuidado global fue bajo ($X=36,94$, $de=15,14$). Conclusión: En esta investigación se encontró que los adultos con diabetes tipo 2 tienen un autocuidado general bajo en alimentación, ejercicio y monitoreo de glucosa, un control pobre de la glucemia y una alta prevalencia de obesidad/sobrepeso. A las mejores conductas de autocuidado generales les correspondió mejores indicadores de salud, como mejor hemoglobina glucosilada, IMC bajo y menos grasa corporal, esto influenciado por el género. En el caso los factores del autocuidado, un mejor control de la dieta significó un menor porcentaje de grasa corporal, influenciado por el género y por haber comprendido los conceptos sobre diabetes.

Oyola, K. (2010) *Estilos de vida y Nivel de Autocuidado en el Adulto Maduro del A.H. 1 de Febrero – Nuevo .Chimbote, 2010*. Objetivo: determinar la relación entre el Estilo de Vida y el Nivel de Autocuidado en los adultos maduros. Metodología: tipo cuantitativo, de corte transversal, con un diseño descriptivo correlacional se aplicó dicha investigación a un universo maestral de 103 adultos maduros; utilizando los siguientes instrumentos: la Escala del Estilo de Vida y la Escala de Autocuidado. Los datos fueron procesados en el software especializado de estadística, SPSS Versión 18.00 y presentados en tablas simples y de doble entrada. Resultados: Se observa la variable estilo de vida, en la que se muestra que del 100% de personas adultas maduras que participaron en el Estudio, el 97,1% tienen un estilo de vida no saludable y un 2,9% tienen un estilo de vida saludable. En cuanto al autocuidado prevaleciendo el nivel de autocuidado medio con un

94,2%, seguido por el 2,9% con nivel de autocuidado alto y en un mismo porcentaje 2,9% con un nivel bajo. Conclusión: Casi todos los adultos maduros tienen un estilo de vida no saludable y presentan un nivel de autocuidado medio.

Hijar, A. (2008) *Conocimientos que tienen los pacientes diabéticos y sus familiares sobre la enfermedad y sus cuidados en el hogar en el HNDAC*. Objetivo general determinar el nivel de conocimientos que tienen los pacientes diabéticos y sus familiares sobre la enfermedad y sus cuidados en el hogar. Metodología: Se trata de un estudio de nivel aplicativo, tipo cuantitativo y método descriptivo de corte transversal. La población de estudio estuvo conformada por 75 pacientes con sus respectivos familiares, que acudieron al consultorio externo de endocrinología durante el mes de diciembre del 2007 y enero del 2008. La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo cuestionario utilizando para los pacientes como para su familiar. Resultados: En cuanto a los aspectos generales de los pacientes encontró que 58,6% son varones. Asimismo 54,6% poseen edad entre 51 – 60 años. Acerca del grado de instrucción 64% han cursado nivel secundario entre completa e incompleta, 20% estudios nivel primario. En cuanto a los datos generales de los familiares de los pacientes diabéticos tenemos 72% son de sexo femenino, en cuanto a la edad tenemos 44% sus edades comprenden entre 31- 45 años. 54,6% tienen un nivel de instrucción de secundaria. En cuanto al nivel de conocimientos de los pacientes diabéticos se puede deducir que la mayoría presenta un nivel de conocimiento medio 48%, y los familiares presentan un nivel de conocimiento bajo 38,7%. Se concluyó que la mayoría de pacientes y familiares tienen un nivel de conocimiento medio, tanto en la dimensión conocimientos sobre la enfermedad como en la dimensión conocimientos sobre los cuidados en el hogar, pero también los resultados muestran que hay una gran cantidad de pacientes y familiares que tienen un nivel de conocimiento bajo sobre la enfermedad y sobre los cuidados en el hogar, y aproximadamente la quinta parte tienen un nivel de conocimiento alto.

1.1.2 Fundamentación científica

Base teórica.

1.1.2.1 DIABETES MELLITUS:

Definición:

La diabetes mellitus constituye un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por niveles elevados de glucosa en la sangre (hiperglucemia) ocasionados por defectos de secreción o la acción de la insulina, o ambas. (Amador 2007)

Fisiología y fisiopatología de la diabetes.

La insulina es secretada por las células beta, uno de los cuatro tipos de células de los islotes de Langerhans del páncreas. La insulina es una hormona anabólica o de almacenamiento. Con las comidas, la secreción de insulina aumenta y hace que la glucosa pase de la circulación a músculos, hígado y adipocitos. En estas células la insulina tiene los siguientes efectos: transporta y metaboliza la glucosa para la obtención de energía, estimula el almacenamiento de glucosa en el hígado y músculos (glucógeno), indica al hígado que deje de liberar glucosa, estimula el almacenamiento de la grasa dietaria en el tejido adipocito, acelera el transporte de aminoácidos (proteínas dietarias) a las células.

Clasificación.

Hay varios tipos de diabetes mellitus que difieren en cuanto a causa, curso clínico, y tratamiento. Las principales son las siguientes: (MINSA. 2012)

- Tipo 1
- Tipo 2
- Diabetes mellitus gestacional
- Diabetes mellitus relacionadas con otros padecimientos o síndromes.

Diabetes Mellitus tipo 2

Es un trastorno metabólico caracterizado por la deficiencia relativa de la producción de insulina, así como menor acción y mayor resistencia a la misma. Antes se denominaba diabetes no insulino dependiente, del adulto o tipo II. La resistencia insulínica es la disminución de la sensibilidad de los tejidos a la insulina. En condiciones normales, la insulina se fija a los receptores especiales

de la superficie de la célula e inicia una serie de reacciones implicadas en el metabolismo de la glucosa. En la diabetes tipo 2, tales reacciones intracelulares disminuyen y la insulina es menos efectiva para estimular la captación por los tejidos y para regular la liberación de glucosa por el hígado. No se conoce el mecanismo exacto que conduce a la resistencia a la insulina y a la secreción deficiente de ésta en la diabetes tipo 2, aunque se cree que factores genéticos son parte de este proceso.

Diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 2

Para el diagnóstico de la diabetes mellitus se puede utilizar cualquiera de los siguientes criterios:

- ✓ Síntomas de diabetes más una glucemia casual medida en plasma venoso sea igual o mayor a 200 mg/dl (11.1 mmol/l). Casual se define como cualquier hora del día sin relación con el tiempo transcurrido desde la última comida. Los síntomas clásicos de diabetes incluyen poliuria, polidipsia y pérdida inexplicable de peso.
- ✓ Glucemia en ayunas medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 126 mg/dl (7 mmol/l). En ayunas se define como un periodo sin ingesta calórica de por lo menos ocho horas.
- ✓ Glucemia medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/dl (11.1 mmol/l) dos horas después de una carga de glucosa durante una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG).

Manifestaciones clínicas de la diabetes mellitus tipo 2

- Poliuria (incremento de la micción)
- Polidipsia (incremento de la sed) resultado de la pérdida excesiva de líquidos relacionada con la diuresis osmótica
- Polifagia (incremento del apetito) como resultado del estado catabólico inducido por la deficiencia de insulina y la degradación de proteínas y grasas
- Fatiga
- Debilidad
- Cambios visuales repentinos

Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2

- Tratamiento no farmacológico: El tratamiento no farmacológico comprende tres aspectos básicos: plan de alimentación, ejercicio físico y hábitos saludables.
- Tratamiento con antidiabéticos orales: Se debe iniciar tratamiento farmacológico con antidiabéticos en toda persona con diabetes tipo 2 que no haya alcanzado las metas de buen control glucémico con los cambios terapéuticos en el estilo de vida.
- Insulinoterapia: Toda persona con diabetes mellitus tipo 2 requiere insulina para el manejo de la descompensación metabólica severa causada por enfermedad intercurrente. Se entiende por enfermedad intercurrente toda patología aguda que presenta la persona con diabetes y que no sea causada por su problema base. Usualmente este paciente se encuentra inestable requiere manejo intrahospitalario. (Herrera 2002)

Complicaciones agudas severas de la diabetes mellitus tipo 2

Las complicaciones agudas de la diabetes se refieren a la hipoglucemia y a la hiperglucemia o síndrome hiperglucémico hipersmolar no cetósico.

Hipoglucemia

La hipoglucemia (concentración anormalmente baja de glucosa en sangre) se presenta cuando los niveles de glucosa en sangre son menores de 50 a 60 mg/ml (2.7 a 3.3 mmol/L).

- ✓ La hipoglucemia severa en la persona con diabetes mellitus tipo 2 es más frecuente cuando se busca un control estricto de la glucemia, sobre todo en los que reciben sulfonilurias o se aplican insulina.
- ✓ El aumento en la frecuencia de hipoglucemias puede indicar el comienzo o empeoramiento de una falla renal que tiende a prolongar la vida media de la insulina circulante.
- ✓ Hay situaciones que aumentan el riesgo de hipoglucemia en la persona con diabetes mellitus tipo 2.
- ✓ Retrasar u omitir una comida

- ✓ Hacer ejercicio intenso sin haber ingerido una colación apropiada.
- ✓ Equivocarse en la dosis del hipoglucemiante como le puede ocurrir a personas de edad avanzada que olvidan si ya tomaron la medicina o que no ven bien la dosis de la insulina, etc.

Complicaciones crónicas de la diabetes mellitus tipo 2

Las categorías generales de las complicaciones crónicas de la diabetes son enfermedad macrovascular, enfermedad microvascular, neuropatía diabética, pie diabético.

Complicaciones macrovasculares.

Resultan de cambios en los vasos sanguíneos medianos a grandes cuyas paredes se engruesan, esclerosan y ocluyen por placas; a la larga, el flujo de sangre se bloquea. La arteriopatía coronaria, la enfermedad cerebro vascular y la enfermedad vascular periférica son los tres tipos principales de complicaciones macrovasculares más frecuentes en la población de diabéticos.

Complicaciones microvasculares

Se caracteriza por engrosamiento de las membranas basales de los capilares que rodean a las células capilares endoteliales.

Dos áreas afectadas por estos cambios son la retina y el riñón entre las enfermedades que se presentan: (Compean I 2012)

Retinopatía diabética: Es causada por cambios en los pequeños vasos sanguíneos de la retina, sino es diagnosticada a tiempo puede llegar a la ceguera; se pueden presentar signos como microaneurismas, hemorragias introretinianas.

Es causada por cambios en los pequeños vasos sanguíneos de la retina, sino es diagnosticada a tiempo puede llegar a la ceguera; se pueden presentar signos como microaneurismas, hemorragias introretinianas.

Nefropatía diabética: Poco después de que se inicia la diabetes, aumenta el índice de filtración glomerular. La composición molecular de la membrana basal de los capilares renales (glomérulos) tiene estructuras que sirven como un filtro

selectivo o semipermeable, esta membrana se engruesa como resultado de la hiperglucemia crónica y se vuelve permeable, con lo que se pierden proteínas plasmáticas en la orina. Si hay hiperglucemia, el mecanismo de acción renal se ve sometido a esfuerzo adicional, aumenta la presión de los vasos sanguíneos renales y esto sirve como estímulo para la aparición de nefropatía.

Neuropatía diabética: Abarca el grupo de enfermedades que afectan a todos los tipos de nervios tales como periféricos, autónomos y centrales. Puede haber engrosamiento de la membrana basal capilar y cierre de los capilares, también desmielinización nerviosa.

1. **Polineuropatía o neuropatía periférica.-** Afecta las extremidades inferiores; entre los síntomas iniciales que presentan son parestesias (sensación de hormigueo o prurito) y sensación de quemadura en la noche, al progresar la neuropatía los pies se vuelven insensibles.
2. **Neuropatía autónoma.-** La neuropatía del sistema nervioso autónomo produce una amplia gama de disfunciones que afectan casi todo órgano y sistema del organismo. Tres manifestaciones de la neuropatía autonómica están relacionadas con los sistemas cardiovascular, gastrointestinal y renal. (Gonzalez 2014)

PIE DIABÉTICO.

El síndrome de pie diabético es definido por la OMS como la ulceración, infección y/o gangrena del pie asociado a neuropatía diabética y diferentes grados de enfermedad arterial periférica siendo el resultado de la interacción compleja de diferentes factores. El pie diabético a su vez se constituye en el principal factor de riesgo para la amputación de la extremidad.

Etiopatogenia

En el pie diabético intervienen varios factores: polineuropatía, enfermedad vascular periférica y déficit inmunológicos. La polineuropatía está implicada en el 80% de las úlceras. El déficit sensorial hace que el pie sea insensible ante estímulos dolorosos y propensos a lesionarse. La afectación autonómica provoca una pérdida de sudoración, volviendo los pies más secos y con tendencia a la

hiperqueratosis. La neuropatía motora provoca atrofia muscular y adelgazamiento de la almohadilla grasa que está bajo los metatarsianos. Se producen deformidades de los dedos y de los pies, provocando zonas de alta presión donde inicialmente se origina hiperqueratosis, y si los factores locales siguen incidiendo, terminará por aparecer una úlcera. Las úlceras neuropáticas tienen una localización predominante plantar. (Quintero 2013)

Factores de riesgo para el pie diabético

Se produce como consecuencia de la asociación de uno o más de los siguientes componentes:

- Neuropatía periférica
- Infección, enfermedad vascular periférica,
- Trauma
- Alteraciones de la biomecánica del pie.

Síntomas y Signos

Según la clasificación de los grados de severidad del pie diabético de acuerdo con la escala de Wagner.

- **Grado 0:** Pie en riesgo por presencia de enfermedad vascular periférica, neuropatía, deformidades ortopédicas, pérdida de la visión, nefropatía, edad avanzada.
- **Grado 1.**Úlcera superficial.
- **Grado 2.**Úlcera profunda que llega a tendón, ligamento, articulaciones y /o hueso.
- **Grado 3.** Infección localizada: celulitis, absceso, osteomielitis
- **Grado 4.** Gangrena local.
- **Grado 5.** Gangrena extensa.

1.1.2.2 APOYO FAMILIAR

La Organización Mundial de la Salud ¹ define familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no

puede definirse con precisión en escala. Por otro lado Claude Lévi-Strauss sostiene que la familia tiene su origen en el establecimiento de una alianza entre dos o más grupos de descendencia a través del enlace matrimonial entre dos de sus miembros. La familia está constituida por los parientes, es decir, aquellas personas que por cuestiones de consanguinidad, afinidad, adopción u otras razones diversas, hayan sido acogidas como miembros de esa colectividad.

El Apoyo Familiar consiste en las relaciones personales que se establecen al interior del hogar o fuera a partir de lazos de parentesco, donde la familia contribuye a mejorar la salud de aquellos que la conforman a través de sus actividades básicas: proporciona vivienda y dieta adecuada, enseña las bases de la higiene y cuidados de la salud y facilita el cuidado e uso de componentes cuando caen enfermos. De hecho, la mayoría de los problemas sanitarios son resueltos sin recurrir a los servicios médicos y una parte importante de las soluciones son aportadas dentro de la unidad familiar

Apoyo familiar base de la red de apoyo social

El apoyo familiar se considera la base de las diferentes redes de apoyo social. La familia está considerada como el grupo de apoyo más importante con el que pueden contar los individuos. Es por ello que con frecuencia las personas pertenecientes a familias funcionales tienen mejores niveles de salud debido a los recursos emocionales y materiales que obtienen de ella. En ella crecen, establecen reglas sociales y de este modo, la familia, se conforma como la unidad básica de relación en nuestra sociedad y como el tipo de organización humana más duradero y universal. De acuerdo a Valadez: “Existe evidencia de que el apoyo social de las familias hacia los pacientes juega un importante papel en el manejo de la enfermedad crónica. Una enfermedad crónica, grave y /o invalidante suele alterar a todo el sistema familiar y como señala Ansen, cuando uno de sus miembros deja de funcionar de forma normal, no solo se ven afectados todos los miembros ,sino también el funcionamiento general de la dinámica familiar”. (MINSA 2012)

Tipos de apoyo familiar

El apoyo social y familiar puede dividirse en diferentes tipos: emocional, informacional e instrumental.

El apoyo emocional

Definido como sentimientos de ser amado y de pertenencia, intimidad, el poder confiar en alguien, y la disponibilidad de alguien con quien hablar.

El apoyo informacional

Proceso en el cual las personas buscan información, consejo o guía que les ayude a resolver sus problemas. Se diferencia del apoyo instrumental en que la información no es en sí misma la solución sino que permite a quien la recibe ayudarse a sí mismo. Puede incluir explicación de indicaciones sobre el tratamiento, sugerencias para solicitar ayuda especializada, enseñanza para realizar algún procedimiento, entre otros. Según Valadez F. considera el apoyo informacional: los conocimientos de la familia relacionados con las medidas de control y las complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2.

El apoyo instrumental

Es la provisión real de servicios; es ofrecido cuando se utilizan ayudas instrumentales o materiales que directamente ayudan a quien lo necesita; (p. ej., acompañar al paciente al hospital, administrarle inyecciones de insulina). Se ofrece "apoyo instrumental" cuando se emiten conductas instrumentales que directamente ayudan a quien lo necesita; se ayuda a otro a hacer o acabar el trabajo, se cuida de alguien. Es evidente que todo acto puramente instrumental tiene también consecuencias psicológicas.

Según Barreda y Ainlay señala el apoyo instrumental es la dimensión de la ayuda tangible, donde se proporciona recursos económicos para la compra de medicamentos, alimentos o el sustituir a la persona en la realización de alguna actividad física; la de interacción íntima pudiera incluir demostraciones de afecto por contacto físico, mostrar interés en el bienestar y salud de la persona, estar disponible para escucharle cuando se siente agobiado por la enfermedad, entre otros.

Para Valadez F, el apoyo instrumental comprende las actitudes familiares hacia el enfermo y las medidas de control; señala como ejemplo la ayuda para

entender las indicaciones médicas. Considera también que el apoyo informacional e instrumental pueden considerarse como apoyo emocional. (Gonzales 2012)

Importancia del apoyo familiar

Además de los efectos de la herencia y la pertenencia a un ambiente común, existen otros factores que demuestran la importancia de la familia en el campo de la salud. La familia condiciona decisivamente las creencias, actitudes, y comportamientos de los individuos frente a la salud, a la enfermedad y a los servicios sanitarios.

- La familia es, normalmente, la unidad fundamental de cuidados, especialmente en los procesos crónicos y en los que producen incapacidades.
- El apoyo familiar también tiene un importante papel en la neutralización del estrés.
- Las relaciones familiares disfuncionales pueden producir, precipitar y contribuir al mantenimiento de los síntomas.

1.1.2.3 PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN EL PACIENTE DIABÉTICO

TIPO 2. (Marriner 2014)

El paciente diabético debe realizar diversos cuidados tales como cumplir con su cuidado farmacológico, dietético, ejercicios, higiénicos y cuidados oftalmológicos, para mejorar su calidad de vida y así evitar las diversas complicaciones y por ende las repercusiones en el aspecto biopsicosocial espiritual. Las personas con diabetes reciben un tratamiento el cual tiene como objetivo normalizar la glucemia para reducir el desarrollo de las complicaciones vasculares y neuropatías.

Educación al paciente diabético

Tiene por objetivo brindar conocimientos y destrezas que permiten al paciente diabético participar en su autocuidado colaborando de esa manera permanentemente con el equipo de salud que lo atiende. La educación se puede impartir de manera individual o en grupo. La educación individual se inicia en la primera consulta, se le debe explicar al paciente cuales son las características de la enfermedad que le aqueja, las pautas alimentarias y medicamentosas, se

hablará acerca de la importancia del autocuidado, el peligro de los pies, cuidado de los ojos, control de la presión arterial ventajas del ejercicio físico; debe ser permanente en todas las consultas que asiste el paciente.

También en la consulta se debe enfatizar el aspecto emocional del paciente respecto de su enfermedad ya que este se ve muy afectado y en lo siguiente:

✓ **Control Médico**

Anualmente debe realizarse una anamnesis, una exploración física completa y una determinación analítica, para valorar la existencia de complicaciones. Cada seis meses o un año, debe realizarse una valoración de los objetivos de control y del plan terapéutico y adaptarlo si es preciso. La periodicidad de las actividades a realizar con el paciente diabético semestral y anualmente son peso, índice de masa corporal, control de los signos vitales, control de hemoglobina glucosilada y anualmente perfil lipídico, análisis de creatinina, evaluación de fondo de ojo, exploración de los pies, electrocardiograma. Las visitas se programarán en función del grado de control metabólico, las necesidades del proceso educativo y el tiempo de evolución de la diabetes. Tras el diagnóstico, cada dos semanas hasta ajustar el tratamiento y desarrollar el programa básico de educación. La insulinización requiere una frecuencia diaria de visitas durante la primera semana. Después del primer año de diagnóstico, en diabéticos estables o sin cambios en el tratamiento, se efectuarán las visitas con la siguiente frecuencia: Una o dos visitas médicas al año; tres o cuatro visitas de enfermería al año, que incluyan intervención educativa.

✓ **Cuidado dietético**

Tiene por objetivo mantener el nivel de la glucosa normal, o lo más cerca de lo normal durante todo el día. Mantener el nivel de colesterol, triglicéridos y lípidos, sobre todo el nivel de LDL (lipoproteína de baja densidad) dentro de los límites normales ya que la elevación de los lípidos constituye factores de riesgo para enfermedad cardiovascular. Mantener el peso corporal, el llamado “peso ideal”.

El plan de alimentación del diabético debe enfocarse en el porcentaje de calorías provenientes de carbohidratos, proteínas y grasas. Debe ser personalizado y adaptado a las condiciones de vida del paciente. Cada

individuo debe recibir instrucciones dietéticas de acuerdo con su edad, sexo, estado metabólico, situación biológica (embarazo, etc), actividad física, enfermedades intercurrentes, hábitos socioculturales, situación económica y disponibilidad de los alimentos en su lugar de origen.

Debe ser fraccionado: Los alimentos se distribuirán en cinco a seis porciones diarias de la siguiente forma: desayuno, colación o merienda, almuerzo, colación o merienda, comida o cena y colación nocturna (ésta última para pacientes que se aplican insulina en la noche). Con el fraccionamiento mejora la adherencia a la dieta, se reducen los picos glucémicos postprandiales, y resulta especialmente útil en los pacientes en insulino terapia.

La sal deberá consumirse en cantidad moderada (seis a ocho gramos) y sólo restringirse cuando existan enfermedades concomitantes (hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal).

No es recomendable el uso habitual de bebidas alcohólicas (precaución). Cuando se consuman, deben siempre ir acompañadas de algún alimento, ya que el exceso de alcohol puede producir hipoglucemia en personas que utilizan hipoglucemiantes orales o insulina. Está contraindicado en personas con hipertrigliceridemia. Las infusiones como café, té, aromáticas y mate no tienen valor calórico intrínseco y pueden consumirse libremente.

Los jugos tienen un valor calórico considerable y su consumo se debe tener en cuenta para no exceder los requerimientos nutricionales diarios. Es preferible que se consuma la fruta completa en lugar del jugo (recomendación D). Los jugos pueden tomarse como sobremesa pero nunca para calmar la sed. La sed indica generalmente deshidratación cuya principal causa en una persona con diabetes es hiperglucemia. En estos casos se debe preferir el agua. Las bebidas energéticas contienen azúcar y no se aconsejan tampoco para calmar la sed (precaución).

Es recomendable el consumo de alimentos ricos en fibra soluble. Dietas con alto contenido de fibra especialmente soluble (50 g/día) mejoran el control glucémico, reducen la hiperinsulinemia y reducen los niveles de lípidos.

Se recomienda: Comer alimentos variados: frutas frescas, verdura, pescado, carne, huevos.

La mayor ingesta de carbohidratos complejos tales como pan integral, cereales, arroz y pastas; porque se digieren más rápido que otros alimentos y se convierten con prontitud en glucosa. Se recomienda reducir el consumo de grasas de origen animal ya que contienen muchas calorías (manteca, aceite, grasa de cerdo y res). Consumir de preferencia proteínas de origen no animal. El comer menos estos alimentos ayuda a reducir riesgos de contraer problemas al corazón. El consumo de fibras tales como leguminosas, avena y algunas frutas, vegetales, pan y cereales integrales ayuda a disminuir la glucosa y los lípidos en la sangre y evita el estreñimiento, aumenta la saciedad y ayuda a perder peso y reducir el azúcar y la grasa en sangre. Es importante consumir alimentos en un horario determinado, para evitar complicaciones como la hipoglucemia. Recomendaciones nutricionales de la Asociación Americana de Diabetes refieren la ingestión de grasas poliinsaturadas serie Omega 3, provenientes del pescado y otros alimentos de origen marino, ya que favorecen la función de coagulación de los pacientes con diabetes tipo 2.

✓ **Ejercicio físico**

En 1991 la Asociación Norteamericana de Diabetes reconoció al ejercicio físico como parte importante en el tratamiento de la diabetes mellitus. El ejercicio es importante para el tratamiento de la diabetes debido a que disminuye los niveles de glucosa en sangre, así como los factores de riesgo cardiovasculares. El ejercicio logra disminuir la glucemia al aumentar la captación de glucosa por los músculos y mejorar la utilización de la insulina.

El ejercicio es planeado, estructurado y repetitivo. Debe cumplir con las siguientes metas:

- A corto plazo, cambiar el hábito sedentario, mediante caminatas diarias al ritmo del paciente.
- A mediano plazo, la frecuencia mínima deberá ser tres veces por semana en días alternos, con una duración mínima de 30 minutos cada vez.
- A largo plazo, aumento en frecuencia e intensidad, conservando las etapas de calentamiento, mantenimiento y enfriamiento. Se recomienda el ejercicio aeróbico (caminar, trotar, nadar, ciclismo, etc.)

Efectos generales del ejercicio

- ❖ Hiper respiración (oxigenación)
- ❖ Aumento de la función cardiovascular.
- ❖ Aumento del flujo circulatorio macro y micro vascular.
- ❖ Mejora el perfil de lípidos disminuyendo los triglicéridos y el colesterol (LDL)
- ❖ Aumenta el gasto energético
- ❖ Sensación de bienestar general
- ❖ Control de peso
- ❖ Mejora la presión arterial

Efectos endocrinológicos:

- ❖ Disminución de los niveles de insulina
- ❖ Disminución de los niveles de glucosa por un consumo extraordinario de glucosa por el tejido muscular.
- ❖ Aumento de la proteína ligadora del factor de crecimiento insulínico.
- ❖ Mejora la sensibilidad de los tejidos a la insulina.

El ejercicio intenso o el deporte competitivo requieren de medidas preventivas, así:

- ❖ Evaluación del estado cardiovascular en pacientes mayores de 30 años o con diabetes de más de diez años de evolución (hay riesgos mayores en caso de existir retinopatía, neuropatía autonómica y otras).
- ❖ Las personas insulino-requirientes, por el riesgo de hipoglucemia, deben consumir una colación rica en carbohidratos complejos antes de iniciar el deporte y tener a su disposición una bebida azucarada. Eventualmente el médico indicará un ajuste de la dosis de insulina.
- ❖ No se recomiendan los ejercicios de alto riesgo donde el paciente no puede recibir auxilio de inmediato.
- ❖ Debe hacerse énfasis en la revisión de los pies antes de cada actividad física.

✓ **Cuidado de los pies**

Incluye aseo adecuado, secado, lubricación Brunner, menciona que también se deben revisar los pies diariamente en busca de cualquier signo de enrojecimiento, ampollas, fisuras, callosidades, úlceras; se puede utilizar un espejo para revisar la planta de los pies o pedir a un miembro de la familia que lo haga. No andar descalzo, ni siquiera en casa. Si se tiene la piel seca, se debe untar crema lubricante después de lavarse los pies y secarlos. No se debe poner crema lubricante entre los dedos de los pies. Se debe cortar las uñas de los pies una vez por semana, cuando estén suaves después del baño, el corte de uñas debe ser recta siguiendo el contorno del dedo y procurando que no queden demasiado cortas. No cortar las orillas porque podría cortarse la piel. Si las esquinas quedan filosas, pueden causar una herida que puede infectarse. Limarse las uñas con una lima de cartón. Siempre use zapatos o pantuflas. No ande descalzo, ni siquiera en casa.

✓ **Cuidado**

Se debe consultar frecuentemente al oftalmólogo, porque permite el diagnóstico precoz de retinopatía. Mínimo una vez cada año, se debe hacer el examen de los ojos aun cuando no se tenga problemas de la vista, para detectar lo antes posible las complicaciones y tratarlas inmediatamente y evitar problemas graves.

1.1.2.4 TEORÍA DEL DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM

A principios de la década del 70, Dorotea Elizabeth Orem formuló los supuestos básicos de su teoría general denominada “Teoría del déficit de autocuidado”, considera su teoría como una teoría general constituida por tres teorías relacionadas:

- Teoría del autocuidado, en ella se explica y describe el autocuidado. Lo define como “una actividad aprendida por la persona a lo largo de su vida y orientada hacia un objetivo”. Es, por tanto una conducta ante la vida dirigida hacia uno mismo en beneficio de la salud y el bienestar. Existen varias clases de autocuidados: los que se derivan de las necesidades básicas y de crecimiento del individuo (alimento, descanso, oxígeno, etc.), los asociados al

proceso de desarrollo (niñez, embarazo, vejez, etc.), los derivados de las desviaciones del estado de salud.

- Teoría del déficit del autocuidado, describe y explica las razones por las que la enfermería puede ayudar a las personas. El déficit de autocuidado se da cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, incapacitándola para el autocuidado continuo. La existencia de un déficit de autocuidado es la condición que avala la necesidad de los cuidados de enfermería.
- Teoría de los sistemas de enfermería, describe y explica las relaciones que es necesario establecer y mantener para que se dé la enfermería. Un sistema de enfermería es un complejo método de acciones realizadas por las enfermeras determinadas por las demandas de autocuidado terapéutico del paciente.

Promoción del autocuidado del profesional de enfermería

El autocuidado, para enfermería, constituye un enfoque particular hacia la práctica clínica que pone énfasis primordialmente en la capacidad del usuario de lograr y mantener su salud. El autocuidado aun cuando está íntimamente vinculado con los conocimientos aprendidos, es una conducta que aparece súbitamente en situaciones concretas de la vida y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividades en beneficio de su vida, salud y bienestar.

Relación de la Teoría del déficit del autocuidado con la investigación

Orem considera al paciente como una unidad que se puede contemplar desde un punto de vista biológico, social y simbólico. Según el déficit de autocuidado es una expresión que expone la relación de la capacidad de acción de una persona y sus necesidades de autocuidado. El déficit de autocuidado es un concepto abstracto que, al ser expresado en términos de limitaciones de acción orienta a la selección de métodos de ayuda y de comprensión del papel que tiene el paciente en la labor que tiene de autocuidado. El rol de la enfermera está orientado para ayudar a la persona a avanzar en el camino para conseguir responsabilizarse de su autocuidado de acuerdo a su enfermedad, o de apoyo-educación, ayudando a los adultos mayores con diabetes mellitus 2 para que sean capaces de realizar las

actividades de autocuidado, ayudarlos a aprender a convivir mejor con la enfermedad, modificar o mantener los hábitos saludables, estimular la autoconfianza para sentirse mejor cualquiera que sea la gravedad de la enfermedad.

1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud la diabetes de tipo 2, también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta representa el 90% de los casos mundiales. La diabetes mellitus tipo 2 como enfermedad crónica reviste especial importancia no sólo por constituir las primeras causas de morbilidad, sino por las dificultades que enfrenta el diabético para llevar a cabo su tratamiento, control y prevención de complicaciones. Esto determina que se presenten en este grupo mayores riesgos de enfermar y morir. Esta situación exige apoyo importante de la familia para que lo apoye en la vigilancia de la enfermedad, en la toma de decisiones y en la ejecución de acciones adecuadas. Para ello requiere que los familiares o personas cuidadoras una adecuada educación acorde con sus necesidades, a fin de lograr una mejor participación en el control metabólico y control de complicaciones. Es así que el adulto mayor con diabetes tipo 2 al contar con adecuado cuidado en el hogar ya sea familiar o de otro cuidador, que implique información de la enfermedad, conductas que asuman los familiares hacia el enfermo y las medidas de control, así tendría un eficiente autocuidado, conciencia de enfermedad y calidad de vida. El presente estudio permitirá determinar la relación del apoyo familiar y las prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes tipo 2 contribuyendo así con el actuar de enfermería ya que el profesional de enfermería, tiene un papel importante que desempeñar frente a la complejidad de esta para fortalecer la calidad de vida y prevención de complicaciones.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación entre el apoyo familiar y prácticas de autocuidado del paciente adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017?

1.4 CONCEPTUALIZACION Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

1.4.1 Conceptualización

APOYO FAMILIAR: Consiste en las relaciones personales que se establecen al interior del hogar o fuera a partir de lazos de parentesco, donde la familia contribuye a mejorar la salud de aquellos que la conforman a través de sus actividades básicas: proporciona vivienda y dieta adecuada, enseña las bases de la higiene y cuidados de la salud y facilita el cuidado e uso de componentes cuando caen enfermos. De hecho, la mayoría de los problemas sanitarios son resueltos sin recurrir a los servicios médicos y una parte importante de las soluciones son aportadas dentro de la unidad familiar

PRACTICAS DE AUTOCUIDADO: Son diversos cuidados tales como cumplir con su cuidado farmacológico, dietético, ejercicios, higiénicos y cuidados oftalmológicos, para mejorar su calidad de vida y así evitar las diversas complicaciones y por ende las repercusiones en el aspecto biopsicosocial espiritual. Las personas con diabetes reciben un tratamiento el cual tiene como objetivo normalizar la glucemia para reducir el desarrollo de las complicaciones vasculares y neuropatías.

Variables

Variable Independiente:

Apoyo familiar

Variable Dependiente:

Prácticas de autocuidado

1.4.2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual de la variable	Dimensiones	Indicador
Variable Independiente Apoyo Familiar	Son las relaciones personales que se establecen en el interior del hogar o fuera a partir de lazos de parentesco donde la familia contribuye a mejorar la salud de aquellos que la conforman a través de sus actividades básicas.	<p>Apoyo informacional. Información de medidas de control de la diabetes mellitus tipo 2: -Conceptualiza enfermedad -Detecta signos y síntomas -Niveles normales de glucosa en sangre en ayunas -Control de glucosa -Cuidados en el hogar -Control de alimentos -Ejercicios -Tomar medicamentos -Administrar insulina -Dosis de medicamentos que toma. -Control de pies -Corte de uña - Tipo de calzado</p> <p>Apoyo instrumental Información de complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2: - Hipoglucemia - Pie diabético - Complicaciones oculares</p> <p>Conducta de la familia -Preparación de los alimentos. -Descontrol de alimentos -Acompañar a los controles médicos -Conversar con el médico sobre la enfermedad e indicaciones. -Ayuda al paciente a entender las indicaciones médicas. -Se da cuenta cuando el paciente diabético se olvida de tomar medicamentos. -Reacción ante suspensión de medicamento</p> <p>Ayuda material -Económico -Calzado adecuado -Alimentos adecuados</p>	<p>ADECUADO</p> <p>INADECUADO</p>

1.5 HIPÒTESIS

El apoyo familiar y las prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 se encuentran relacionadas significativamente.

1.6 OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la relación entre apoyo familiar y prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del Hospital II-2 Sullana, agosto - noviembre 2017.

Objetivos Específicos

- Identificar al familiar cuidador del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 de acuerdo a la edad, sexo, grado de instrucción y grado de parentesco.
- Identificar el tipo de apoyo familiar que recibe el adulto mayor según apoyo informacional e instrumental.
- Identificar las prácticas de autocuidado que realizan los adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 en control médico, dieta, ejercicios, cuidado de los pies y control oftalmológico.
- Relacionar el apoyo familiar con las prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2.

2. METODOLOGIA

2.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

El presente trabajo de investigación estuvo guiado bajo el enfoque cuantitativo, dentro del cual tiene un carácter descriptivo y de corte transversal.

Es cuantitativo porque las variables a estudiadas se midieron mediante una escala numérica las variables del estudio.

Es descriptivo porque se describieron las variables tal y como se presentaron en la realidad y luego fueron analizadas, en este caso se describieron las variables.

Fue de corte transversal porque me permitió obtener información en un tiempo y espacio determinado.

2.2. ÁREA DE ESTUDIO:

Hospital II-2 Sullana

2.3 POBLACIÓN Y MUESTRA:

Población:

La población de estudio, estuvo conformada 42 pacientes que acuden al consultorio externo de medicina del Hospital II-2 Sullana.

Muestra: se utilizó la siguiente formula

$$n = \frac{Z^2 p q N}{(N - 1)E^2 + Z^2 pq}$$

N: es el tamaño de la población.

α: es el valor del error 5% = **0.05**

Z= 1.96

p = probabilidad de éxito= **0.5**.

q= probabilidad de fracaso= **0.5**

n: es el tamaño de la muestra.

Reemplazando:

$$n = \frac{3.84 \times 0.25 \times 42}{41 \times 0.0025 + 3.84 \times 0.25}$$

$$n = \frac{40.32}{1.06}$$

$$n = 39.83$$

Criterios de inclusión:

- ✓ Pacientes adultos mayores que aceptan participar del estudio previo consentimiento informado.
- ✓ Pacientes adultos mayores diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2.
- ✓ Familiares de los adultos mayores que aceptan participar del estudio previo consentimiento informado.
- ✓ Familiares que estén al cuidado continuo del paciente en el hogar

Criterios de exclusión:

- ✓ Familiares que no tengan la mayoría de edad.
- ✓ Pacientes adultos mayores con alguna enfermedad médica severa que no pueda responder el cuestionario.

2.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

La técnica utilizada fue la encuesta. Se utilizó dos instrumentos: Un instrumento para evaluar el apoyo familiar al diabético tipo 2, dicho instrumento fue elaborado por Valadez y para evaluar el autocuidado del paciente diabético tipo 2 este test elaborado por Fernández. Ambos instrumentos fueron utilizados en México, los mismos que fueron adaptados por Milagros del Pilar Arias Bramón y Sandra Susana Ramírez Gutiérrez en relación a la realidad peruana utilizados el año 2013.

Estos instrumentos fueron sometidos a la validez de contenido, de diez profesionales especialistas en el área (enfermeras, médicos, docentes especialistas) que contribuyeron con sus conocimientos al perfeccionamiento del instrumento. Así

mismo se tuvo en cuenta las sugerencias respectivas reformulándose algunos ítems del mismo; siendo justificados sus contenidos. La prueba que se utilizó para evaluar los resultados de los jueces de expertos fue la binomial. Considerándose como significativa la concordancia entre los expertos obteniéndose para el resultado para el instrumento de apoyo familiar P: 0,4982 y para prácticas de autocuidado: 0,04642. Así mismo, se efectuó la prueba estadística Kuder Richardson para comprobar su confiabilidad del Test de Apoyo Familiar y Alfa de Crombach para el Test de Prácticas de Autocuidado

Apoyo Familiar

Adecuado	Inadecuado
< 20	> 20

Prácticas de Autocuidado

Autocuidado	Deficiente	Regular	Bueno
General	0-31	32-42	42-54

Dimensiones del autocuidado

AUTOCUIDADO	Deficiente	Regular	Bueno
Control medico	<7	7-11	>11
Dieta	<8	8-11	>11
Ejercicios	<2	2- 4	>4
Cuidado de los pies	<10	10-14	>14
Control oftalmológico	<2	2-5	>5

2.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Para ejecutar el presente estudio se contó con la autorización del jefe de la unidad de capacitación del Hospital II-2 Sullana. El cuestionario fue aplicado en el mes de octubre del presente año en el horario de mañanas de lunes sábado.

2.6 PROTECCION DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS SUJETOS EN ESTUDIO

Para ejecutar el presente estudio se contó con el consentimiento informado de las personas participantes en el presente estudio, (Anexo B), expresándole que la información que proporcione es de carácter anónimo y confidencial y solo será utilizado para fines de estudio, dándole la opción de retirarse en cualquier momento de la investigación según crean pertinente, respetando de esta manera el principio de autonomía.

2.7 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACION

Una vez obtenida la información se procedió a la medición de la variable se utilizó la estadística descriptiva con el promedio aritmético, los porcentajes y las frecuencias absolutas.

Finalmente los resultados fueron presentados en tablas y/o gráficos estadísticos para su análisis e interpretación se consideró el marco teórico. Para ello se empleó el programa SPSS versión 20.

3. RESULTADOS

Tabla N° 1 Edad del familiar acompañante del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.

edad del familiar	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
20-30 años	8	20,0	20,0
30-40 años	6	15,0	35,0
40-50 años	14	35,0	70,0
50-60 años	10	25,0	95,0
60-70 años	2	5,0	100,0
Total	40	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la población de estudio

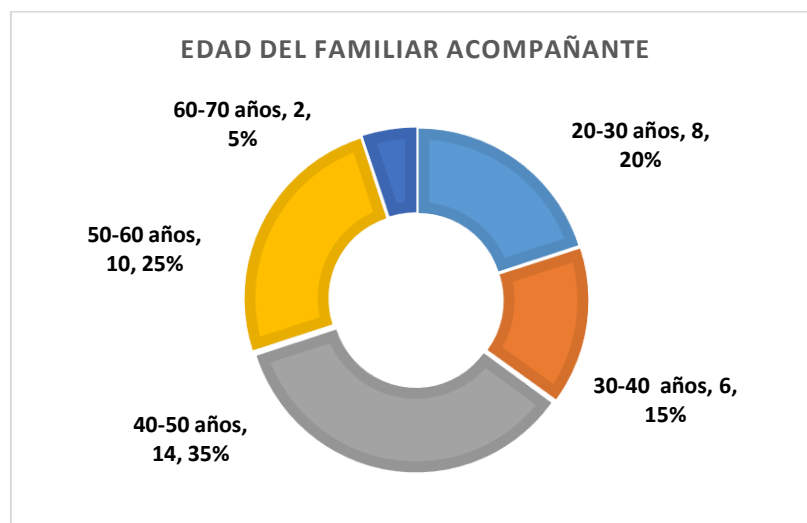


Gráfico N° 1 Edad del familiar acompañante del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.

Tabla N° 2 Sexo del familiar acompañante del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.

sexo	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
masculino	11	27,5	27,5
femenino	29	72,5	100,0
Total	40	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la población de estudio

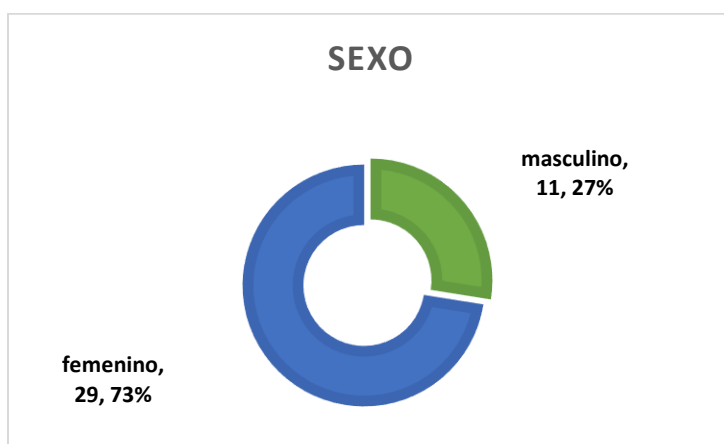


Gráfico N°2 Sexo del familiar acompañante del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.

Tabla N° 3 Grado de instrucción del familiar acompañante del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.

grado instrucción	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
primaria	12	30,0	30,0
secundaria	24	60,0	90,0
superior técnico	4	10,0	100,0
Total	40	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la población de estudio

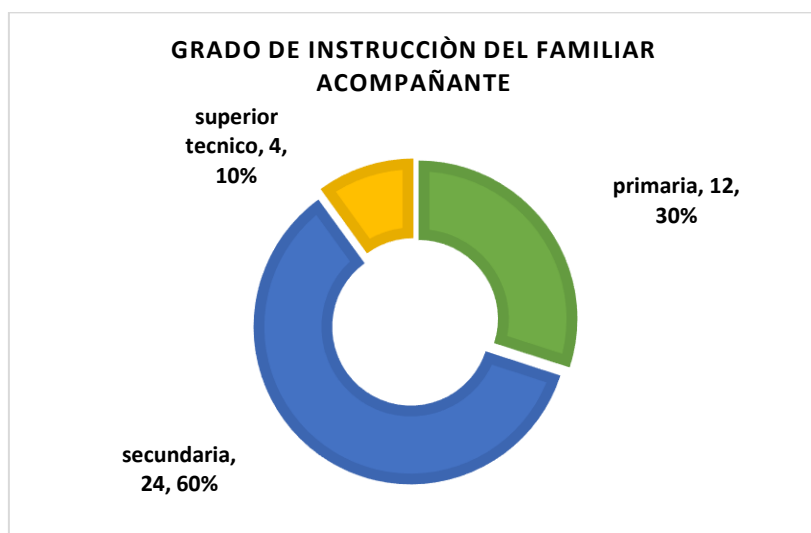


Gráfico N° 3 Grado de instrucción del familiar acompañante del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.

Tabla N° 4 Grado de parentesco del familiar acompañante del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.

Parentesco	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Esposa	15	37,5	37,5
Hijo	21	52,5	90,0
hermano/a	4	10,0	100,0
Total	40	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la población de estudio

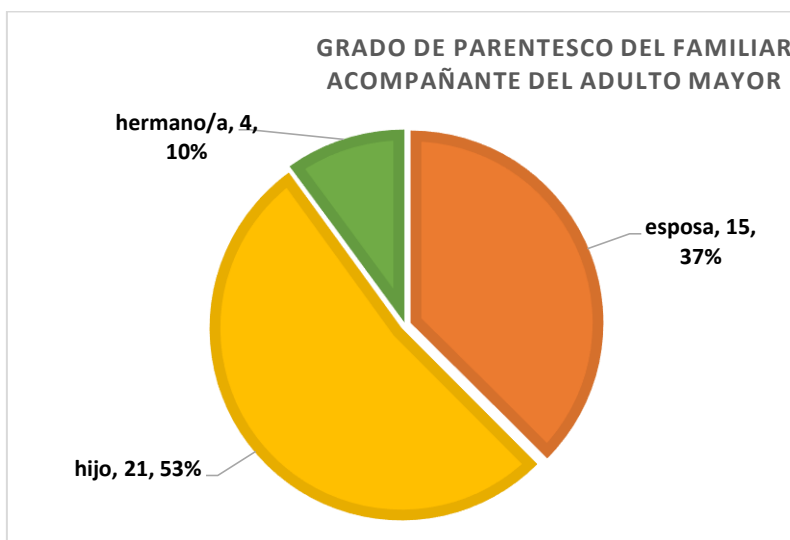


Gráfico N° 4 Grado de parentesco del familiar acompañante del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.

Tabla N° 5 Apoyo familiar del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.

Apoyo familiar	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Bootstrap para Porcentaje ^a			
				Sesgo	Típ. Error	Intervalo de confianza al 95%	
Adecuada	27	67,5	67,5	,1	7,4	52,5	82,4
Inadecuada	13	32,5	100,0	-,1	7,4	17,6	47,5
Total	40	100,0		0,0	0,0	100,0	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a la población de estudio

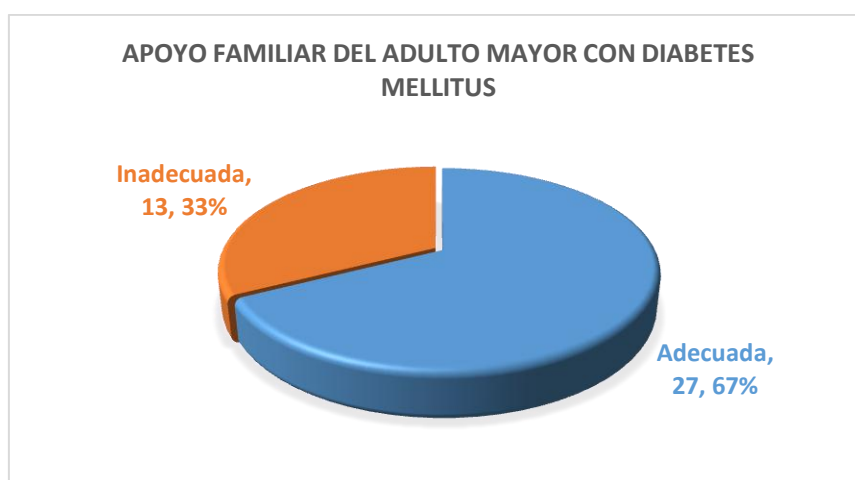


Gráfico N° 5 Apoyo familiar del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.

Tabla N° 6 Apoyo familiar según dimensiones del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.

Escala	Apoyo Familiar			
	Informacional		Instrumental	
	Nº	%	Nº	%
Adecuada	3	7,5	34	85,0
Inadecuada	37	92,5	6	15,0
Total	40	100,0	40	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a la población de estudio

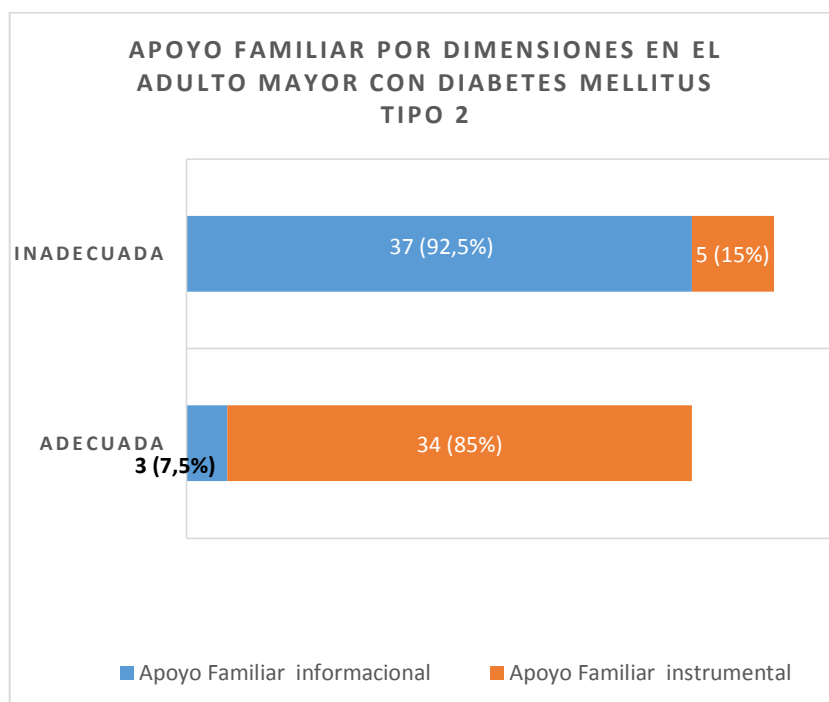


Gráfico N° 6 Apoyo familiar según dimensiones del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.

Tabla N° 7 Edad de los adultos mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
55-60 años	9	22,5	22,5
61-65 años	2	5,0	27,5
66-70 años	4	10,0	37,5
71-75 años	4	10,0	47,5
76-80 años	5	12,5	60,0
>81 años	16	40,0	100,0
Total	40	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la población de estudio

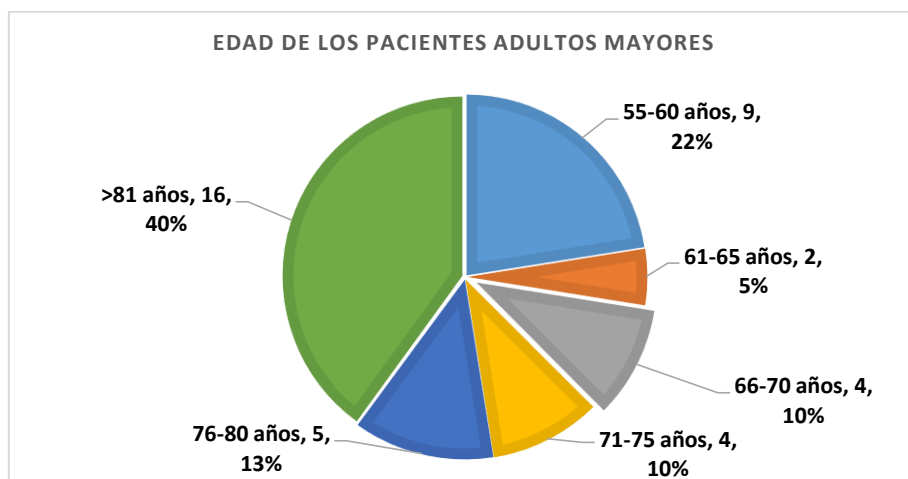


Gráfico N° 7 Edad de los adultos mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.

Tabla N° 8 Sexo de los adultos mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Masculino	16	40,0	40,0
Femenino	24	60,0	100,0
Total	40	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la población de estudio

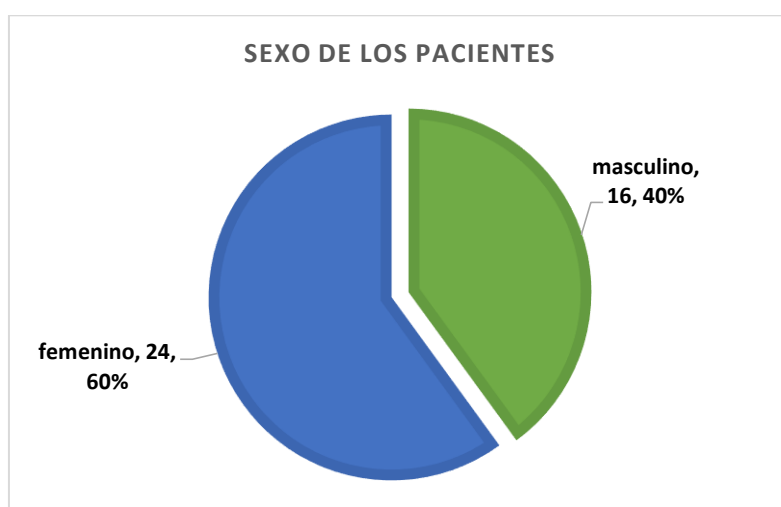


Gráfico N° 8 Sexo de los adultos mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.

Tabla N° 9 Grado de instrucción de los adultos mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.

grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
primaria incompleta	1	2,5	2,5
primaria	26	65,0	67,5
secundaria	13	32,5	100,0
Total	40	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la población de estudio

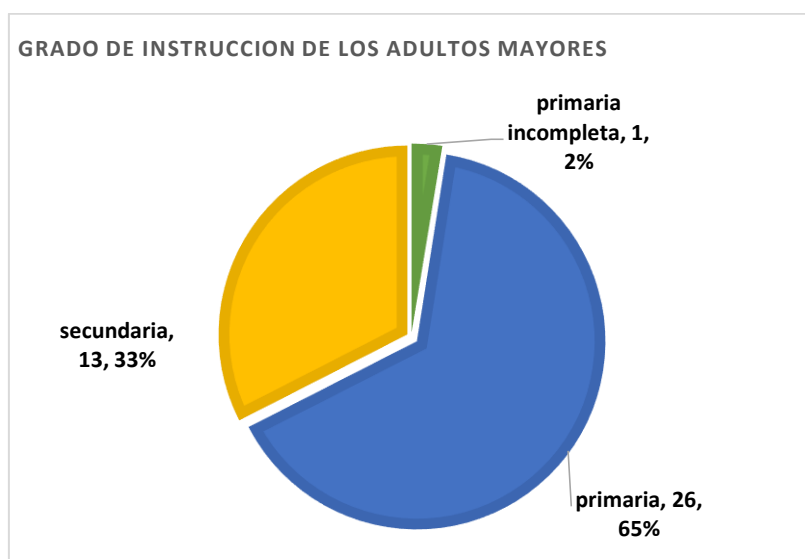


Gráfico N°9 Grado de instrucción de los adultos mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.

Tabla N°10 Prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.

Escala	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Sesgo	Bootstrap para Porcentaje ^a Intervalo de confianza al 95%		
					Típ. Error	Inferior	Superior
Bueno	25	62,5	62,5	,0	7,5	47,5	77,5
Regular	12	30,0	92,5	,1	7,0	17,5	45,0
Deficiente	3	7,5	100,0	-,1	4,3	0,0	17,5
Total	40	100,0		0,0	0,0	100,0	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a la población de estudio

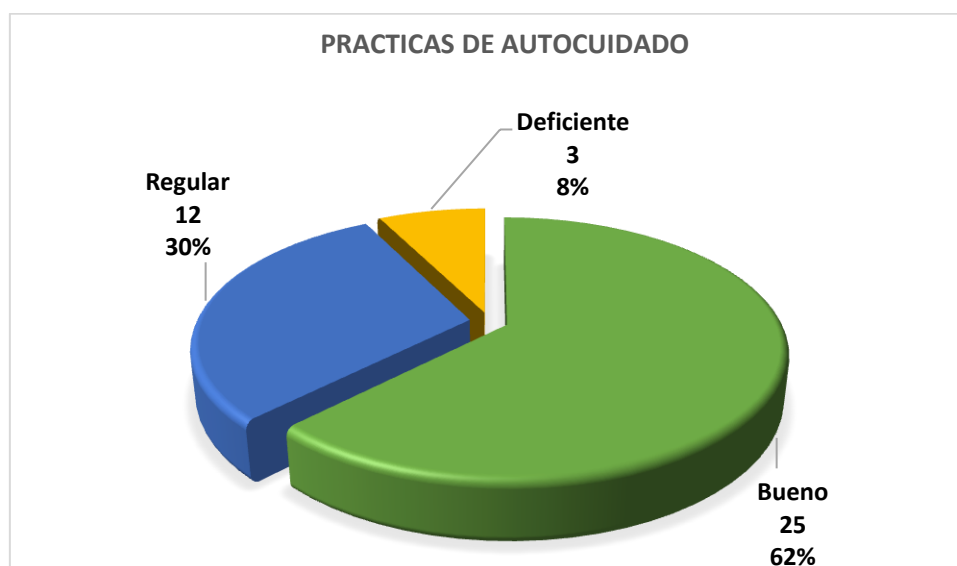


Gráfico N° 10 Prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.

Tabla N° 11 Prácticas de autocuidado según Dimensiones, del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.

Dimensión	Prácticas de Autocuidado						Total	
	Bueno		Regular		Deficiente			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Control Médico	27	67,5	13	32,5	0	0,0	40	100,0
Dieta	20	50,0	16	40,0	4	10,0	40	100,0
Ejercicios	14	35,0	20	50,0	6	15,0	40	100,0
Cuidado de los pies	30	75,0	8	20,0	2	5,0	40	100,0
Control Oftalmológico	17	42,5	21	52,2	2	5,0	40	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado a la población de estudio

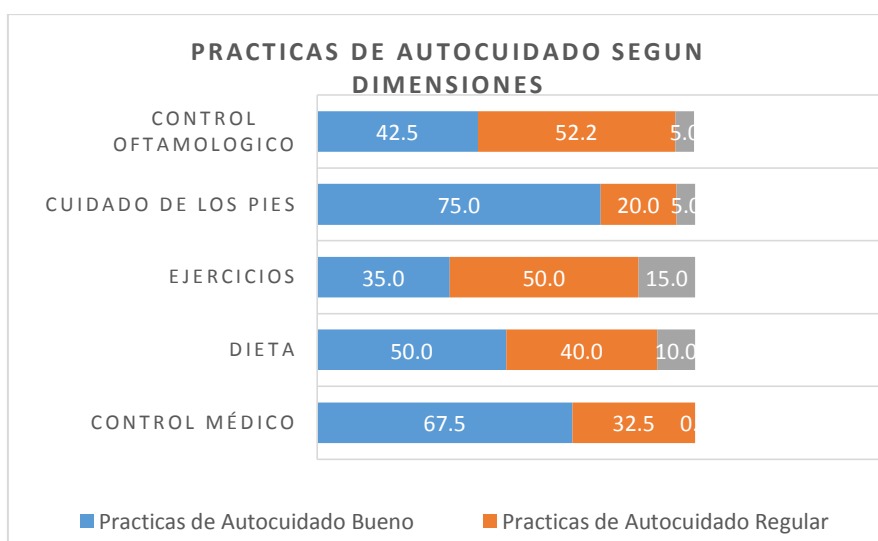


Gráfico N°11 Prácticas de autocuidado según Dimensiones, del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.

Tabla N°12 Prácticas de autocuidado según Dimensión: control médico, del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.

Dimensión control médico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bueno	27	67,5	67,5
Regular	13	32,5	100,0
Total	40	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la población de estudio

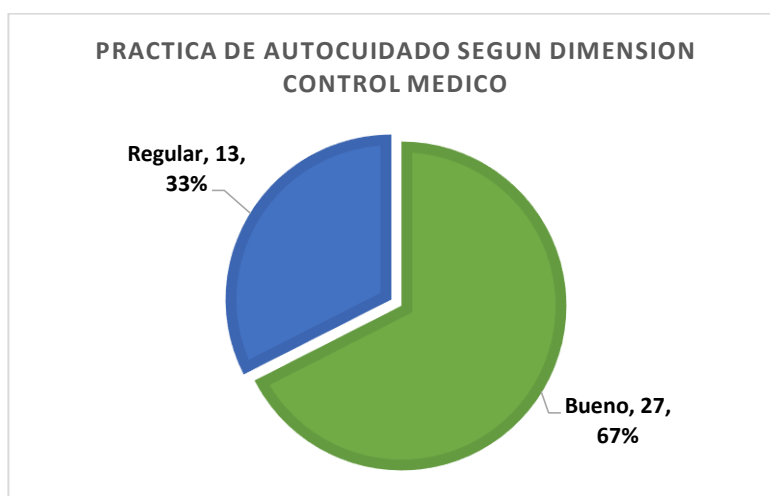


Gráfico N°12 Prácticas de autocuidado según Dimensión: control médico, del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.

Tabla N° 13 Prácticas de autocuidado según Dimensión: dieta, del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.

Dimensión Dieta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bueno	20	50,0	50,0
Regular	16	40,0	90,0
Deficiente	4	10,0	100,0
Total	40	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la población de estudio

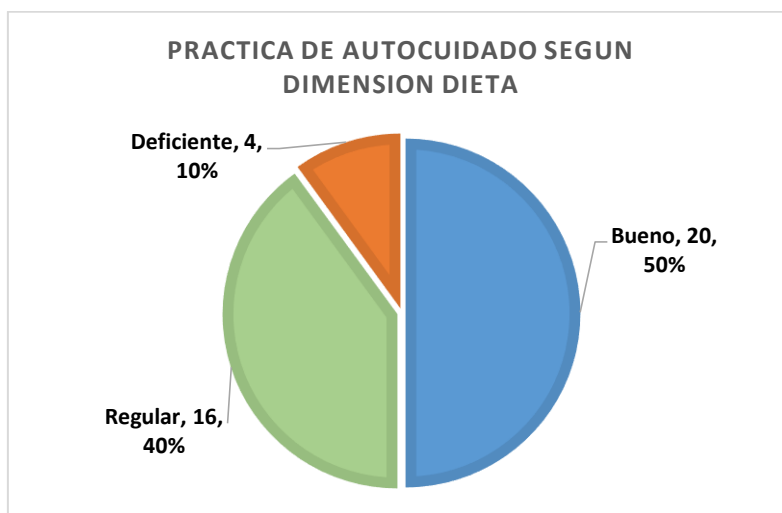


Gráfico N° 13 Prácticas de autocuidado según Dimensión: dieta, del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.

Tabla N°14 Prácticas de autocuidado según Dimensión: ejercicios, del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.

Dimensión ejercicios	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bueno	14	35,0	35,0
Regular	20	50,0	85,0
Deficiente	6	15,0	100,0
Total	40	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la población de estudio

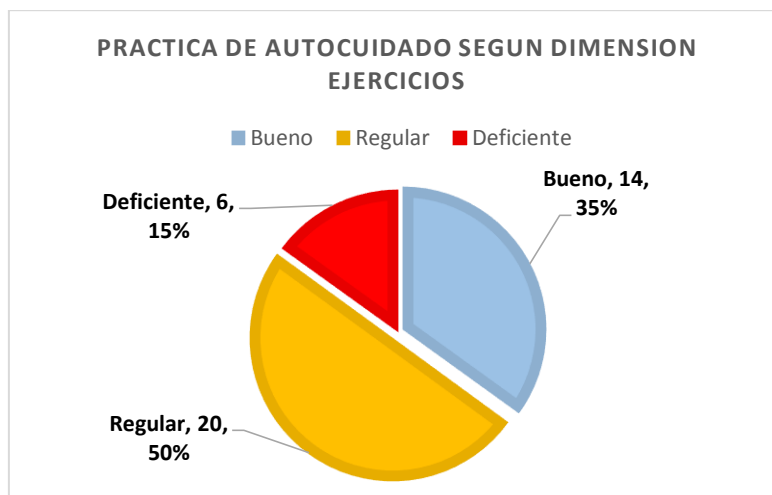


Gráfico N°14 Prácticas de autocuidado según Dimensión: ejercicios, del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.

Tabla N° 15 Prácticas de autocuidado según Dimensión: cuidado de los pies, del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.

Dimensión cuidado de los pies	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bueno	30	75,0	75,0
Regular	8	20,0	95,0
Deficiente	2	5,0	100,0
Total	40	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la población de estudio

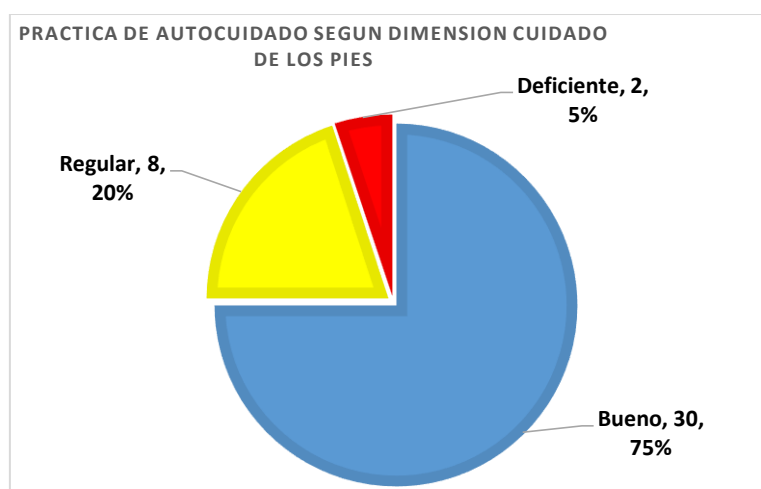


Gráfico N° 15 Prácticas de autocuidado según Dimensión: cuidado de los pies, del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.

Tabla N°16 Prácticas de autocuidado según Dimensión: control oftalmológico, del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.

Dimensión control oftalmológico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bueno	17	42,5	42,5
Regular	21	52,5	95,0
Deficiente	2	5,0	100,0
Total	40	100,0	

Fuente: Cuestionario aplicado a la población de estudio

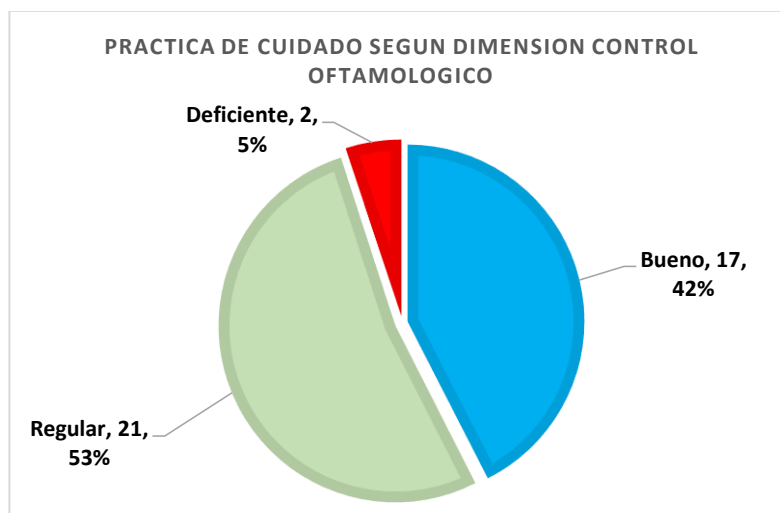


Gráfico N°16 Prácticas de autocuidado según Dimensión: control oftalmológico, del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.

Tabla N° 17 Apoyo familiar asociado a las prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.

apoyo familiar del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2	Prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del hospital II.2			Total
	Bueno	Regular	Deficiente	
Adecuada	17 42,5%	9 22,5%	1 2,5%	27 67,5%
Inadecuada	8 20,0%	3 7,5%	2 5,0%	13 32,5%
Total	25 62,5%	12 30,0%	3 7,5%	40 100,0%

Fuente: Cuestionario aplicado a la población de estudio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,907 ^a	2	,385
Razón de verosimilitudes	1,788	2	,409
Asociación lineal por lineal	,370	1	,543
N de casos válidos	40		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,98.

Medidas simétricas

	Valor	Error típ. asint. ^a	T aproximada ^b	Sig. aproximada
Intervalo por intervalo R de Pearson	,097	,169	,603	,550 ^c
Ordinal por ordinal Correlación de Spearman	,054	,165	,334	,740 ^c
N de casos válidos	40			

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

c. Basada en la aproximación normal.

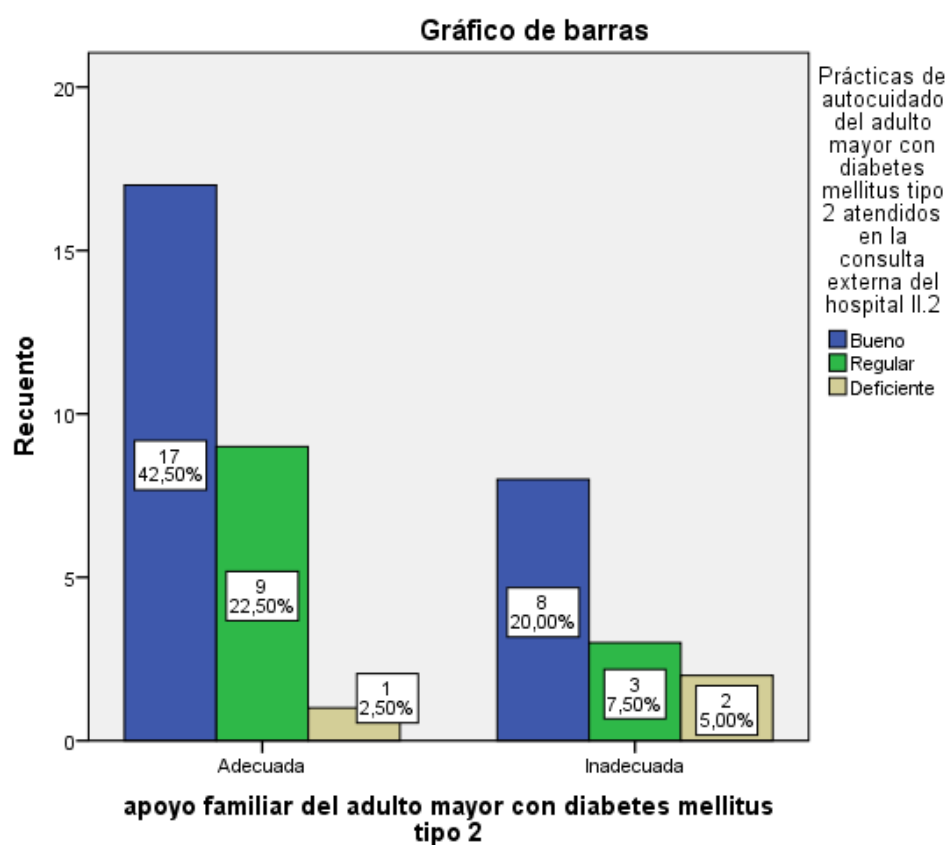


Gráfico N°17 Apoyo familiar asociado a las prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en la consulta externa del hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017.

4. ANALISIS Y DISCUSIÓN

La tabla del 1 al 4 muestra al familiar cuidador, de acuerdo a la edad el 35% de 40 a 50 años, el 25% de 50 a 60 años, el 20% de 20 a 30 años, el 15% de 30 a 40 años y el 5% entre 60 a 70 años. Según sexo el 72,5% femenino y el 27,5% masculino. El grado de instrucción el 60% con secundaria, el 30% primaria y el 10% superior técnico. El grado de parentesco del familiar acompañante el 52,5% es hijo, el 37,5% esposa y el 10% hermana.

La tabla 5, presenta el nivel de apoyo familiar, el 67,5% adecuado y el 32,5% inadecuado

La tabla 6, hace evidente el apoyo familiar según dimensiones. Para informacional el 92,5% es inadecuado y el 7,5% adecuado. Para instrumental el 85% adecuado y el 15% inadecuada.

Las tablas del 7 al 9, muestran las características de los adultos mayores en estudio. El 40% tienen más de 80 años, el 22,5% de 55 a 60 años, el 12,5% de 76 a 80 años, el 10% de 66 a 70 años, el 10% de 71 a 75 años y el 5% de 61 a 65 años. Sexo el 60% femenino y el 40% masculino. Grado de instrucción, el 65% con primaria, el 32,5% secundaria y el 2,5% primaria incompleta.

La tabla 10, presenta las prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus, catalogado como bueno el 62,5%, regular el 30% y deficiente el 7,5%.

En las tablas del 11 al 16, podemos observar las prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus, según dimensiones: Para control médico, el 67,5% bueno y el 32,5% regular. Dieta, el 50% bueno, el 40% regular y el 10% regular. Ejercicio, el 50% regular, 35% bueno y el 14 % bueno. Cuidado de los pies, el 75% bueno, el 20% regular y el 5% deficiente. Control oftalmológico el 52,2% regular, el 42,5% bueno y el 5% deficiente.

La tabla 17 muestra la relación entre apoyo familiar del adulto mayor con diabetes mellitus y las prácticas de autocuidado: para apoyo familiar adecuado, las prácticas

de autocuidado bueno el 42,5%, regular el 22,5% y deficiente 2,5%. Inadecuada la práctica es buena el 20%, regular el 7,5% y deficiente el 5%.

Los resultados del presente estudio de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus, catalogado como bueno el 62,5%, regular el 30% y deficiente el 7,5%. Estos guardan relación con Ellen Esquivel, Katherine Doreyda, Padilla Guibovichy Karen Estefanía (2015) quien concluye que el autocuidado del adulto mayor atendido en el centro de Salud de Salaverry fue adecuado en un 54.3% e inadecuado en un 45.7%. El grado de apoyo familiar del adulto mayor fue alto en un 13.8%, moderado en un 80.9% y bajo en un 5.3%. Castro L. et al. (2014) encontró que respecto al grado de apoyo familiar en el 56% de adultos mayores fue alto, en el 24% fue moderado y en el 20% bajo. Millán I (Cuba, 2010) Los resultados arrojaron que el nivel de autocuidado es inadecuado el 75,2% son independientes y el 63,6% perciben su estado de salud aparentemente sano. Arias Bramón Milagros del Pilar y Ramírez Gutiérrez Sandra Susana (2013), refiere que el apoyo familiar es adecuado en el 64,6%. Según dimensiones predominó el apoyo instrumental con 66,7%. Difieren con Compeán I, Gallegos E, González J, Gómez M. (2010) encontró que los adultos con diabetes tipo 2 tienen un autocuidado general bajo en alimentación, ejercicio y monitoreo de glucosa. OyolaK. (2010) concluyen que los adultos mayores tienen un estilo de vida no saludable y presentan un nivel de autocuidado medio.

El autocuidado, para enfermería, constituye un enfoque particular hacia la práctica clínica que pone énfasis primordialmente en la capacidad del usuario de lograr y mantener su salud. El autocuidado aun cuando está íntimamente vinculado con los conocimientos aprendidos, es una conducta que aparece súbitamente en situaciones concretas de la vida y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividades en beneficio de su vida, salud y bienestar.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

El familiar cuidador, tiene entre 40 a 50 años, seguido del grupo de 50 a 60 años, la mayoría de sexo femenino, con secundaria completa, el grado de parentesco son hijos.

El nivel de apoyo familiar, el 67,5% adecuado y el 32,5% inadecuado. Según dimensiones: Para informacional el 92,5% es inadecuado y el 7,5% adecuado. Para instrumental el 85% adecuado y el 15% inadecuada.

Las características de los adultos mayores en estudio, la edad oscila entre 80 a 60 años, la mayoría de sexo femenino, con primaria.

Las prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus, catalogado como bueno el 62,5%, regular el 30% y deficiente el 7,5%. Según dimensiones: Para control médico, el 67,5% bueno. Dieta, el 50% bueno.

Ejercicio, el 50% regular. Cuidado de los pies, el 75% bueno.

Control oftalmológico el 52,2% regular.

Los resultados muestran que el autocuidado del adulto mayor se relaciona significativamente con grado de apoyo familiar. Lo que se demuestra con la prueba de Chi cuadrado, con un nivel de significancia en $P < 0.05$

5.2 RECOMENDACIONES

Coordinar con el Centro de Salud la ejecución de programas educativo – promocionales multidisciplinario que implique tanto a los pacientes conjuntamente con los familiares.

Incentivar la formación de grupos de apoyo de Diabéticos. Para afianzar los conocimientos de la enfermedad y prácticas de autocuidado del paciente con diabetes mellitus tipo 2.

DEDICATORIA

A Dios por darme la vida, salud y fortaleza para alcanzar mis metas y ser cada día mejor.

A mis padres: José y Cecilia y a mi hermano Junior y el apoyo incondicional y la confianza para la realización de todas mis metas.

A todos mis amigos que me brindaron su ayuda incondicional con los cuales me he crecido tanto como personal y profesionalmente.

AGRADECIMIENTO

Agradecer en primer lugar a Dios, por guiarme y iluminarme en estos años de estudio en la trayectoria de mi vida personal y profesional.

A mis padres y ami hermano que con su ayuda incondicional me motivaron a alcanzar mis metas trazadas.

Mi más grato reconocimiento por la ayuda y colaboración que me brindo la Dra. Juana Arrestegui por todos aquellos conocimientos y datos brindados.

A todos mis docentes que me impartieron sus enseñanzas siendo parte fundamental en mi formación profesional de Enfermería.

REFERENCIAS

- Arias, B. y Ramírez, S. (2013). *Apoyo familiar y las prácticas de autocuidado del adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 zona urbana Distrito de Pachacámac*. Universidad Ricardo Palma. Lima-Perú
- Amador, M.; Márquez, F. y Sabido, A. (2007). *Factores asociados al autocuidado de la salud en pacientes diabéticos tipo 2*. México. Consultado el 10 de noviembre del 2012. Recuperado de http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es.
- Bravo, J. (2011). Pie Diabetico. Rev. Espec. en la nutrición Clin. Del anciano. Recuperado de <http://www.freseniuskabi.es/nutricionenteral/pdf/info geriatria/info geriatria>
- Castro, L. et al. (2014). *Grado de apoyo familiar y nivel de autoestima del adulto mayor en el Hospital Walter Cruz Vilca, centro poblado Miramar*. Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo-Perú.
- Compeán, L. et al. (2010). *Conductas de Autocuidado e Indicadores de salud en Adultos con diabetes Mellitus tipo 2*. Mexico.
- Esquivel, E.; Katherine, D. y Padilla, G. (2015). *Autocuidado del adulto mayor y su relación con el apoyo familiar*. Centro de Salud Salaverry. Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo-Peru
- Gonzales, V.; García, M. y Ramírez, F. (2014). *Calidad de vida del paciente diabético tipo 2, con redes de apoyo familiar*. Rev. Enf. Inst. Mexicano Seguro Social. Consultado el 20 de Noviembre del 2012. Recuperado de http://www.artemisaenlinea.org.mx/aservo/pdf/revista_enfermeria_instituto_mexicano_seguro_social/calidad%20de%20vida.pdf
- Herrera, A. et al. (2012). *Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado*. Cartagena. .Rev. av. Enfer. XXX. 2012, vol. 30, n.2, pp 39_46. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n2/v30n2a03.pdf>

Hijar, A. (2008). *Conocimientos que tienen los pacientes diabéticos y sus familiares sobre la enfermedad y sus cuidados en el hogar en el HNDAC*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú.

Millán, I. (2010). *Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad*. Revista Cubana de Enfermería.v.26 n.4.

Ministerio de Salud del Perú (MSP), (2012). *Diabetes Mellitus en el Perú* .Ministerio de salud oficina de estadística e informática. Consulta de 8 de Noviembre del 2017. Recuperado de www.minsa.gob.pe/portal/3estrategias/03estrategiasnacionales06ESNNotransmisibles/esnentdbts.asp-46k

Oyola, K. (2010). *Estilos de vida y Nivel de Autocuidado en el Adulto Maduro del A.H. 1 de Febrero* .Nuevo Chimbote.

Organización Mundial de la Salud (OMS), (2012). *Diabetes mellitus en el Perú*. España. Consultado el 10 de Noviembre del 2012. Recuperado de http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es.

Quintero, L. (2012). *Percepción del apoyo familiar del paciente adulto de diabetes mellitus tipo 2* .México. Consultado el 12 de Noviembre del 2017. Recuperado en <http://eprints.uanl.mx/1785/1/1020149421.PDF>

Marriner, T. y Raile, A. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. España. Unidad tres Capítulo 14 Teoría del Déficit del autocuidado.

ANEXOS

Anexo A

**UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESUCELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**

**APOYO FAMILIAR Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE ADULTO MAYOR CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL II-2
SULLANA, AGOSTO-NOVIEMBRE 2017**

I. PRESENTACIÓN:

Buenos días, mi nombre es Jayro Yair Reto García , soy estudiante de Enfermería de la Universidad San Pedro SAD Sullana, estoy ejecutando un estudio, con el objetivo de obtener información para el trabajo de investigación titulado: Apoyo familiar y prácticas de autocuidado del paciente adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en la Consulta Externa del Hospital II-2 Sullana, agosto-noviembre 2017, .Por lo que se le solicita responder con sinceridad a fin de obtener datos veraces. Cabe recalcar que el cuestionario es anónimo y **CONFIDENCIAL**. Agradezco anticipadamente su colaboración.

II. INSTRUCCIONES:

Lea detenidamente cada pregunta y luego marque con un aspa (X), la respuesta que usted crea correcta según su opinión.

DATOS GENERALES:

Datos de la participante

1. Edad: _____años
2. Grado de instrucción: primaria () secundaria () superior técnico ()
superior ()
4. Ocupación: Empleado/a () ama de casa () independiente ()
5. Estado civil: soltero/a () casado/a () conviviente ()
6. Grado de parentesco del familiar cuidador (Marcar con X)
Esposa/o ()
Hija/o ()
Otro:(especifique)_____

Apoyo informacional

1. La diabetes Mellitus es una:
 - a) Enfermedad, caracterizada por un incremento en el nivel de azúcar en la sangre.
 - b) Infección, caracterizada por un aumento de la temperatura.
 - c) Enfermedad caracterizada por acumulación de grasa en la sangre.
 - d) Enfermedad causada por una bacteria o virus.

2. Los principales signos y síntomas son:
 - a) Sed, sudoración, fiebre.
 - b) Hambre, fiebre, tos
 - c) Sed, hambre, necesidad frecuente de orinar
 - d) Vómitos, Mareos y Sed.

3. Los niveles normales de glucosa en sangre en ayunas son:
 - a) 40 – 80 mg/dl.
 - b) 70 _ 120 mg /dl
 - c) 110-180 mg/dl
 - d) Mayor de 150 mg/dl

4. El paciente diabético debe controlarse la glucosa en sangre:
 - a) Todos los días
 - b) Una vez a la semana
 - c) Una vez al mes
 - d) Cada medio año.

5. Cuidados que se debe tener con el familiar diabético es :
 - a) El Cuidado de los ojos, ejercicios, medicación.
 - b) En los alimentos, ejercicios, medicación y cuidado de los pies.
 - c) En el sueño, medicación, cuidado de los oídos.
 - d) Disminución de comidas y restricción de líquidos.

6. Se debe controlar la alimentación del paciente diabético
- a) En cada comida.
 - b) Todos los días
 - c) De vez en cuando
 - d) Solo cuando es necesario
7. ¿Conoce usted cuales son los alimentos permitidos en la alimentación de su familiar diabético?
- a) Sí, bajo en harinas, grasas, azúcar, sal y rica en fibras como verduras
 - b) Si, solamente bajo en azúcar y normal en harina
 - c) Si, bajo de sal y alto en harinas
 - d) No conozco los alimentos permitidos
8. El ejercicio físico en el paciente diabético debe ser:
- a) Planeado de acuerdo al paciente, estructurado y repetitivo
 - b) Fuerte intensidad, todos los días
 - c) Baja intensidad, raras veces
 - d) No se debe hacer ejercicios
9. ¿Cuánto tiempo como promedio debe durar los ejercicios?
- a) 30 minutos
 - b) 1 a 2 horas
 - c) Depende del tiempo que rinda
 - d) No debe realizar ejercicios
10. Para mantener el control de la diabetes, el paciente diabético debe tomar sus medicamentos:
- a) Todos los días
 - b) Una vez a la semana
 - c) Una vez al mes
 - d) Nunca

11. La insulina se debe administrar:

- a) Todos los días
- b) Una vez a la semana
- c) Nunca
- d) Solo cuando es necesario

12. Conoce la dosis de medicamentos que debe tomar su familiar

- a) Si, nombre y dosis
- b) Solo nombre de medicamento
- c) Solo dosis de medicamento
- d) No, conozco ni nombre ni dosis

13. El cuidado de los pies del paciente diabético es importante porque:

- a) Mantiene limpio los pies
- b) Previene la aparición de lesiones
- c) Permite tener las uñas estéticamente
- d) Impide la aparición de callos.

14. Se debe evaluar el estado de los pies

- a) Todos los días
- b) Una vez a la semana
- c) Sólo cuando es necesario
- d) Nunca

15. ¿Cómo se debe cortar las uñas?

- a) En forma recta y limar los bordes
- b) En forma curva o redonda
- c) Dejar las uñas largas
- d) Al gusto del paciente

16. El tipo de calzado debe ser:
- a) Abierto
 - b) Cerrado, tamaño adecuado
 - c) Cerrado, ajustado con opresión
 - d) Semi abierto
17. En los pacientes diabéticos puede bajarse mucho el nivel de azúcar en sangre
- a) En algunos
 - b) En todos los diabéticos
 - c) Sólo en aquellos que están descontrolados
 - d) Nunca
18. El paciente diabético puede desarrollar pie diabético (lesiones, úlceras, infecciones)
- a) En algunos
 - b) En todos los diabéticos
 - c) Sólo en aquellos que no tienen control adecuado
 - d) Nunca
19. El paciente diabético puede presentar complicaciones oculares hasta perder la visión
- a) En algunos
 - b) En todos los diabéticos
 - c) Sólo en aquellos que tienen mal control

Apoyo instrumental

20. Colabora en la preparación de los alimentos de su familiar enfermo
- a) a. Si b) No
21. Cuando su familiar come más alimentos de los indicados usted le recuerda el riesgo
- a) Si b) No
22. Acompaña a su familiar a los controles médicos
- a) Si b) No

23. Conversa con el médico acerca de la enfermedad y las indicaciones que le dieron a su familiar

a) Si b) No

24. Ayuda a su familiar a entender las indicaciones del médico

a) Si b) No

25. Se da cuenta cuando el paciente diabético se olvida de tomar sus medicamentos

a) Si b) No

26. Cuando su familiar diabético suspende el medicamento, sin indicación médica usted le recuerda el riesgo

a) Si b) No

27. Ayuda económicamente al paciente diabético a solventar su enfermedad

a) Si b) No

28. Proporciona calzado adecuado al paciente diabético

a) Si b) No

29. Proporciona alimentos adecuados al paciente diabético para el control de la enfermedad

a) Si b) No

Gracias por su participación

TEST PARA EVALUAR LAS PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO AL PACIENTE ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

I Datos generales del Adulto Mayor:

- Edad.....
- Grado de instrucción del paciente:(Marcar con X)
 - Analfabeto ()
 - Primaria: ()
 - Secundaria: ()
 - Superior: técnico ()
 - Universitario ()
- Grado de parentesco del familiar cuidador (Marcar con X)
 - Esposa/o ()
 - Hija/o ()
 - Otro:(especifique)

N	MEDIDAS DE AUTOCUIDADO	CRITERIOS		
		SIEMPRE	A VECES	NUNCA
	A. CONTROL MÉDICO			
	Por lo menos acude al médico dos veces al año			
	Cumple con las indicaciones médicas			
	Lleva un control diario de glucosa o azúcar en sangre, o posee un hemoglucotest.			
	Toma solo medicamentos prescritos por su médico			
	Acude al médico ante algún cambio, dolencia o enfermedad.			
	Cumple con las pruebas de laboratorio de control por lo menos una vez al año			

	B. DIETA			
	Sigue la dieta indicada por su médico tratante			
	Consume diariamente frutas recomendadas			
	Consume diariamente verduras			
	Consume diariamente de 6 a 8 vasos de agua al día			
	Tiene horarios establecidos en cuanto a su alimentación			
	Controla su peso			
	Consume carbohidratos o dulces			
	C. EJERCICIOS			
	Tiene un programa de ejercicios de acuerdo a su enfermedad			
	Realiza ejercicios diarios por lo menos 30 minutos: caminar, correr.			
	Evita hacer ejercicios intensos en ayunas o si tiene niveles muy bajos de glucosa antes de empezar su ruina.			
	D. CUIDADO DE LOS PIES			
	Usa zapatos que le protegen la piel no le causen lesiones en la piel: ni ajustados, ni flojos.			
	Utiliza medias de algodón y/o medias que no sean ajustadas o que tienen ligas.			
	Revisa sus pies diariamente para evitar complicaciones.			
	Asiste al podólogo para eliminar callosidades, corte de uñas			
	Evita usar sandalias o andar descalzo			
	Utiliza cremas o jabones hidratantes para sus pies			
	Se seca los pies entre dedos			

	Mantiene las uñas cortas de forma recta			
	E. CONTROL OFTALMOLÓGICO			
	Acude al oftalmólogo por lo menos una vez al año			
	Utiliza los lentes en caso de prescripción medica			
	Mira la televisión a una distancia mínima de 2 metros.			

Anexo B

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada APOYO FAMILIAR Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL II-2 SULLANA, AGOSTO-NOVIEMBRE 2017

Habiendo sido informada del propósito de la misma, así como de los objetivos; y confiando plenamente en que la información que se vierta en el cuestionario será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que el investigador utilizará adecuadamente dicha información, asegurándome de la misma confidencialidad.

Participante

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimada señor /señora:

El investigador del estudio, al que usted ha manifestado su aceptación de participar, luego de darle su consentimiento informado, se compromete a guardar la misma confidencialidad de información, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudicarán a su persona en lo absoluto.

Atte:

Jayro Yair Reto Garcia

Autor del estudio